

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA



TRABAJO DE GRADUACIÓN

TEMA:

“EMBARAZO ADOLESCENTE Y LA RELACION ENTRE EL INICIO DEL CONTROL PRENATAL Y LAS REPERCUSIONES MATERNO FETALES; AL MOMENTO DEL PARTO. UNIDAD DE SALUD SAN RAFAEL. JUNIO -DICIEMBRE 2008”.

PARA OPTAR AL GRADO DE:

DOCTOR EN MEDICINA

PRESENTADO POR:

AGUILAR CARRANZA, GLADIS JEANNETE

VASQUEZ MIRA, KARLA MARIA

DOCENTE DIRECTOR:

DR. RAUL ERNESTO RAMIREZ GUZMAN.

FEBRERO 2010

SANTA ANA

EL SALVADOR

CENTROAMERICA

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

RECTOR

ING. Y MSC. RUFINO QUEZADA SANCHEZ

VICE-RECTOR ACADEMICO

ARQ. Y MASTER MIGUEL ANGEL PEREZ RAMOS

VICE-RECTOR ADMINISTRATIVO

LICDO. Y MASTER OSCAR NOE NAVARRETE

SECRETARIO GENERAL

LICDO. DOUGLAS VLADIMIR ALFARO CHAVEZ

FISCAL GENERAL

DR. RENE MADECADEL PERLA JIMENEZ

FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE

DECANO

LICDO. JORGE MAURICIO RIVERA

VICE-DECANO

**LICDO. Y MASTER ELADIO EFRAIN ZACARÍAS
ORTEZ**

SECRETARIO DE FACULTAD

LICDO. VICTOR HUGO MERINO QUEZADA

JEFE DE DEPARTAMENTO DE MEDICINA

DRA. SANDRA PATRICIA GOMEZ DE SANDOVAL

AGRADECIMIENTOS

Primeramente a Dios por su gran Amor al haberme dado la vida y la salud para poder culminar mi carrera.

A mis padres por su Amor, sus esfuerzos, por que siempre estuvieron conmigo brindando su apoyo emocional y económico en todo tiempo.

A mi esposo, por su Amor y comprensión apoyo espiritual y económico al final de mi carrera.

A mi amada hija, quien es el tesoro más grande que Dios me ha dado.

A mi hermana que en todo momento me dio la mano en toda mi carrera.

A mis sobrinos por ser parte de mi vida y darme mucha felicidad.

Y a mi compañera de Tesis por su apoyo y paciencia a lo largo de todo el trabajo de investigación.

GLADIS JEANNETTE AGUILAR CARRANZA.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco profundamente al único y sabio Dios por su misericordia, por iluminar mi mente por darme la inteligencia necesaria, con su perfecto amor me regalo la vida eterna; Gracias al Espíritu Santo por ser el maestro y guía para mi vida quien me fortalece e ilumina mi camino.

A mi madre por haberme dado la vida, tenerme paciencia y creer en mí, en que podría lograr terminar mi carrera, por brindarme su amor y apoyo incondicionalmente.

A mi padre por su amor incondicional acompañándome siempre a lo largo de mi carrera en los momentos que más lo necesitaba, por su sacrificio y esfuerzo, siendo un ejemplo de lucha y perseverancia para mi vida.

A mis hermanos por ser excepcionales conmigo, por su apoyo incondicional convirtiéndose en uno de los motivos por los cuales me trace metas para mi vida.

A mis tías por su cariño, y preocupación dándome su apoyo espiritual y moral. A mis sobrinos a quien amo mucho.

A nuestros asesores quienes nos apoyaron en todo momento, siendo nuestra guía; presentándonos un alto grado de responsabilidad y profesionalismo en los momentos difíciles.

KARLA MARIA VASQUEZ MIRA.

INDICE

CAPITULOS	CONTENIDOS	Nº PAGINAS
	RESUMEN.....	i
	INTRODUCCION.....	ii
1.	ANTECEDENTES	1
2.	JUSTIFICACION	4
3.	PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACION	6
3.1	IDENTIFICACION DEL PROBLEMA	6
3.2	PROBLEMA ESPECIFICO	8
4.	OBJETIVOS.....	10
5.	HIPOTESIS	11
6.	BASE TEORICA DE LA INVESTIGACION.....	12
6.1	ADOLESCENCIA	16
6.2	FACTORES SOCIOCULTURALES	19
6.3	CONTROL PRENATAL	22
6.4	FACTORES PROTECTORES EN LA ADOLESCENCIA...22	
6.5	FACTORES DE RIESGO EN LA ADOLESCENCIA	23
6.6	BENEFICIOS DE LOS CONTROLES	24
6.7	IMPLICACIONES.....	25

6.7.1	ATENCION DE LA ADOLESCENTE EMBARAZADA....	25
6.7.1.1	RIESGOS OBSTETRICOS	25
6.7.1.1.1	ABORTO.....	25
6.7.1.1.2	DESNUTRICION PREGESTACIONAL.....	26
6.7.1.1.3	ANEMIA.....	27
6.7.1.1.4	TRANSTORNOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO.....	27
6.7.1.1.5	SINDROME DE HELLP.....	27
6.7.1.1.6	DESPROPORCION CEFALOPELVICA.....	28
6.7.1.1.7	INFECCION DE VIAS URINARIAS.....	28
6.7.1.1.8	AMENAZA Y TRABAJO DE PARTO PRETERMINO.....	29
6.7.1.1.9	RETARDO DEL CRECIMIENTO INTRAUTERINO.....	29
6.7.1.2	COMPLICACIONES.....	30
6.7.1.2.1	PARTO PROLONGADO	30
6.7.1.2.2	SUFRIMIENTO FETAL	32
6.7.1.2.3	ATONIA UTERINA	33
6.7.1.2.4	CESAREA	33
6.7.1.2.4.1	INDICACIONES FETALES	34
6.7.1.2.4.2	INDICACIONES MATERNAS	34
6.7.1.2.4.2.1	RELATIVAS AL UTERO	34
6.7.1.2.4.2.2	RELATIVAS AL CERVIX.....	34
6.7.1.2.4.2.3	RELATIVAS A LA PLACENTA Y CORDON UMBILICAL...34	
6.7.1.2.4.3	PELIGRO PARA LA MADRE.....	35

6.7.1.2.5	COMPLICACIONES NEONATALES	36
7	DISEÑO METODOLOGICO	37
7.1	GRUPO DE ESTUDIO.....	37
7.2	UNIVERSO.....	38
7.3	MUESTRA.....	38
7.3.1	SELECCIÓN DE GRUPO DE INVESTIGACION	39
7.3.1.1	CRITERIOS DE INCLUSION.....	39
7.3.1.2	CRITERIOS DE EXCLUSION	39
7.4	PLAN DE ANALISIS	39
7.5	VARIABLES	41
7.5.1	VARIABLE INDEPENDIENTE	41
7.5.2	VARIABLE DEPENDIENTE.....	41
7.6	PLAN DE TABULACION.....	42
8	ANALISIS DE DATOS	43
9	RECOMENDACIONES.....	64
10	CONCLUSIONES.....	66
11	PLAN DE TRABAJO DE INVESTIGACION.....	69
12	RECURSOS UTILIZADOS	70
12.1	RECURSOS HUMANOS.....	70
12.2	ASESORIA INDIVIDUAL.....	70
12.3	ASESORIA GENERAL.....	70
12.4	RECURSOS FINANCIEROS.....	71

12.4.1	RECURSOS MATERIALES.....	72
12.4.2	TIEMPO.....	72
12.5	DETALLE DEL PRESUPUESTO.....	73
13	ANEXOS.....	74
14	BIBLIOGRAFIA.....	81

i. RESUMEN

El Embarazo adolescente, se define como aquel embarazo que se produce en una mujer adolescente entre el comienzo de la edad fértil y el final de la etapa adolescente. La organización Mundial de la Salud establece la adolescencia entre los 10 y los 19 años. El cual es ; cada vez más frecuente en países en desarrollo, considerado como un problema prioritario en salud pública, especialmente en comunidades deprimidas, debido a su alto riesgo de morbilidad: bajo peso al nacer, prematuridad y un alto riesgo de morbi-mortalidad materna, perinatal e infantil . Es por esto que decidimos realizar un estudio con una población de 113 adolescentes que llevaron sus controles prenatales en la Unidad de Salud San Rafael en el período comprendido de Junio a Diciembre de 2008. En donde se enfoca la relación existente entre el inicio de los Controles Prenatales y las Complicaciones materno – fetales durante el período de gestación; Además se identifican las patologías más frecuentes propias del embarazo en las adolescentes. Se muestran las diferentes variables en el control prenatal , que contribuyen a un parto complicado tales como : la presencia de anemia , talla menor de 1.5 metros, factor Rh Negativo, presencia de infección de vías urinarias , embarazos previos, y desnutrición.

ii. INTRODUCCION

El sexo femenino presenta la anatomía adecuada para la procreación de la vida. Desde la infancia las niñas se van adaptando psicológicamente a la maternidad; los juegos y su conducta se diferencia de la de los niños con respecto a la futura familia que formaran para llegar a ser parte de una sociedad.

El milagro de la vida inicia desde la concepción, el embarazo es una de las etapas de la vida de la mujer más bellas y más difíciles por todos los cambios tanto físicos, como psicológicos que durante éste periodo la mujer experimenta.

La adolescencia es definida según la Organización Mundial de la Salud (OMS) como la etapa que transcurre ante el segundo decenio de la vida de los seres humanos , es decir, entre los 10 y 19 años , existiendo una diferencia entre su etapa temprana (10 – 14 años) y la tardía (15 -19 años) . Para la organización mundial de la salud (OMS), el primer control prenatal se debería practicar a todos los casos de amenorrea con presunta gestación.

Una vez establecido el diagnóstico de embarazo debe iniciarse la asistencia prenatal lo antes posible, la primer visita es la de mayor importancia, y por ello le asignaremos una mayor duración , que abarque todos los aspectos que se exponen a continuación ; en un ambiente relajado y tranquilo .A partir de éste primer contacto de la mujer ,con el profesional sanitario que a partir

del clima que se logre establecer entre ambos, se determina el grado de implicación y participación que la gestante y su pareja desarrollaran en el curso del embarazo. Este contacto inicial se lleva antes de las doce semanas de la gestación y basándose en la información recibida en la entrevista, la exploración y las pruebas complementarias, se practica una valoración global del estado de salud, que se refleja en la historia clínica. Es necesaria una planificación de cuidados y de los primeros consejos de salud, con el propósito de fomentar, suprimir o modificar hábitos en la adolescente además, de proveer la información necesaria según el caso, en este periodo del embarazo.

En nuestro país al igual que muchos países subdesarrollados, los embarazos precoces o adolescentes se presentan en un porcentaje muy alto, en edades de 12-19; años teniendo una mayor incidencia las edades 15-17 años. El conjunto de factores sociales, culturales, económicos, religiosos y principalmente los valores morales involucrados dentro de la propia familia en la que los niños crecen, la desintegración familiar etc., contribuyen a que los embarazos en adolescentes sean hoy en día un problema social.

Según la literatura consultada ¹ el embarazo es la principal causa de muerte entre las mujeres de 15 y 19 a nivel mundial, y en la mayoría de los

¹ Comité Interdisciplinario de Información Demográfica, Encuesta Nacional de Salud Familiar, FESAL, informe final, 2002-2003

países latinoamericanos y del Caribe, la maternidad y sus complicaciones están clasificadas entre las primeras causas de muerte en éste grupo de edad.

Desde el último quinquenio el Ministerio salud pública y asistencia social (MSPAS) y el fondo de Naciones Unidas para la infancia (UNICEF) , en conjunto con organizaciones mundiales gubernamentales, teniendo en cuenta el alto índice de embarazos en adolescentes y sus complicaciones prenatales ,perinatales y postnatales desarrollaron el plan de embarazos en adolescentes ,siendo prioridad para el Ministerio el monitoreo continuo de dicho sector dentro de los planes de salud.

Se han encontrado una variedad de factores que afectan durante el momento del parto a éste grupo específico de mujeres, principalmente la inmadurez anatómica y psicológica que provoca que presenten un mayor riesgo en el momento de su desarrollo.

La investigación se basa en la relación del inicio del control prenatal y sus repercusiones en la madre y el recién nacido como factor preventivo de complicaciones en este binomio de pacientes que consultan en la Unidad de Salud San Rafael en el periodo de junio a Diciembre de 2008. Tomando en

cuenta inicio, asistencia, estado civil ,nivel educativo ,paridad y otros factores que puedan afectar el curso normal de la gestación.

CAPITULO 1.

ANTECEDENTES

Según los indicadores y variables del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), en El Salvador la inscripción prenatal para el año 2008 fue de 91,142 inscripciones de las cuales 30,759, era de adolescentes, mientras que 60,383 fueron mujeres mayores de 20 años, así mismo el total de partos atendidos institucionalmente fue de 75,565 partos de los cuales 23,529 fueron adolescentes mientras que 52,036 fueron mujeres mayores de 20 años.

El 18% de la población de 15-19 años tiene al menos un hijo vivo y una de cada 5 se encuentra actualmente casada o en unión libre. El 26-4% de éstas, tienen relaciones premaritales .Existen 560,722 mujeres entre 15-24 años en todo el país.^{2]}

Del total de nacidos vivos ocurridos de abril de 2003 a marzo de 2008 ;el 94% de las madres tuvieron al menos un control prenatal, un 77% se inscribieron durante el primer trimestre de embarazo. Y un 78% 5 o más controles, incluyendo el de la inscripción.

² **Encuesta nacional de salud familiar 2008 pagina 13.salud sexual y reproductiva de las mujeres de 15 -24 años.**

El porcentaje que tuvo su primer control prenatal durante el primer trimestre de embarazo varía del 82% en el área urbana al 72% en la rural, de 82% en la región metropolitana a un 73% en la región oriental y de alrededor del 80% en los departamentos de Chalatenango, la libertad, San Salvador y Cuscatlan, a un 70% en Sonsonate.

Esta proporción se incrementa con el nivel educativo o socioeconómico de la mujer, pero desciende con el orden del nacimiento.^{3]}

Más de la quinta parte de la población mundial comprendida entre las edades de 15- 19 años, las principales causas de muerte están relacionadas con accidentes, violencia y salud reproductiva; ésta última relacionada al embarazo.

A nivel nacional se han realizado tesis de investigación sobre el tema en diferentes unidades de salud y hospitales (por ejemplo en la Unidad de alto riesgo del Hospital de Maternidad , en Diciembre de 2002 a febrero de

³ Encuesta nacional de salud familiar 2008 pagina 24, uso de los servicios de salud materna.

2003 por estudiantes de la Universidad de El Salvador)^{4]} ,teniendo una mayor incidencia a nivel occidental y paracentral, siendo mayor porcentaje a nivel rural que urbano en los últimos 10 años y una mayor incidencia entre las edades de 15 -19 años , debido al aumento de las relaciones sexuales precoces extramatrimoniales.

CAPITULO 2.

⁴ Embarazos en adolescentes, sus complicaciones y características sociales, Unidad de alto riesgo Hospital Nacional de maternidad, Diciembre de 2002, Febrero 2003.Universidad de El Salvador.

JUSTIFICACION

En las escuelas se instruye en educación sexual , sin embargo no hay una orientación específica a nivel familiar; debido a tantos tabúes existentes en nuestra sociedad , teniendo influencia en la morbilidad y mortalidad en las adolescentes embarazadas ; es necesario realizar un estudio para que en un futuro cercano , se pueda prevenir los resultados indeseables de una inscripción tardía , en cuanto al inicio y la continuidad que se le de a los controles prenatales, en un grupo etáreo , que es el más vulnerable en ésta sociedad los cuales son hoy en día un problema de salud pública , no solo asociado a los problemas orgánicos propios de la juventud materna , sino porque están implicados factores socioculturales y económicos que comprometen el binomio madre e hijo.

La atención prenatal es un programa integral de atención antes del parto , que incluye una estrategia coordinada para la atención medica y apoyo psicosocial y que comienza en forma optima antes de la concepción y se prolonga durante todo el periodo que precede al parto . Es por esto que el control prenatal se convierte en uno de los aspectos más fundamentales para reducir la morbimortalidad materna y el bienestar fetal , y el inicio precoz de este contribuye en gran manera a evitar las posibles complicaciones que se presentan con mayor frecuencia durante el parto, así como alteraciones durante el embarazo tales como: anemia materna ,

perdida de masa ósea y defectos del tubo neural ,así como la probabilidad de identificar oportunamente una incompatibilidad sanguínea y grupo sanguíneo RH mediante la hemoclasificación. Ayudando así a las adolescentes a reducir riesgos e inspirar modos de vida sanos mejorando la preparación y la aptitud para el embarazo.

La inscripción tardía implica el desconocimiento de posibles complicaciones a la hora del parto ,que ponen en peligro la vida de la madre e hijo por lo que es importante identificar cuales son las más comunes que se encuentran relacionadas con la inscripción tardía, y así esto sirva para reforzar la atención a este grupo vulnerable de embarazadas , identificando todos los riesgos que esto conlleva y dar a conocer al personal de salud que se encuentra involucrado con este grupo de personas. Como se menciono anteriormente la inscripción tardía dificulta el conocer causas que se relacionen con la morbilidad materna y fetal convirtiéndose en un problema de salud pública.

Es por esto que es necesario realizar un trabajo con el fin de confirmar estos factores, y realizar un diagnostico temprano de probables complicaciones; involucrando a las personas que están en relación con la atención de estas adolescentes y así, concientizar sobre la gravedad del problema que esto representa en nuestro amado El Salvador.

CAPITULO 3.

PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACION: EMBARAZO ADOLESCENTE Y LA RELACION DEL INICIO DE LOS CONTROLES PRENATALES Y LAS COMPLICACIONES MATERNO FETALES EN EL MOMENTO DEL PARTO.

3.1 IDENTIFICACION DEL PROBLEMA.

Nuestro objetivo para éste estudio son las adolescentes; por que presentan diferentes connotaciones a una mujer mayor y las implicaciones que puedan existir a partir del inicio de los controles prenatales y las complicaciones al momento del parto.

El incremento en el uso oportuno y adecuado de los servicios de salud de la mujer y particularmente de la salud materna, es un determinante próximo que constituye uno de los principales factores, que puede reducir la morbilidad y mortalidad materna.

El embarazo es un hecho de mucha trascendencia y en cualquier etapa de la vida, esto aunado a la inmadurez; tanto física, social y emocional de un adolescente, constituye un importante problema de salud publica en nuestra población y nos estimula a estudiar las variables que se presentan en el control prenatal que pueden resultar en complicaciones importantes a la hora del parto, y que por lo tanto ponen en riesgo la vida tanto de la madre como del hijo.

Es muy importante y necesario que a la hora de la concepción ya exista una atención adecuada e integrada de la mujer.

El Embarazo en adolescentes es hoy en día un problema de salud pública, no solo asociado a los trastornos orgánicos propios de la juventud materna, sino porque están implicados factores socio-culturales y económicos que comprometen el binomio madre e hijo.

La adolescencia es una etapa en la cual ocurren un conjunto de cambios fisiológicos, sociales y emocionales; por lo que en la adolescente se ha observado mayor riesgo de aborto, parto pretermino o parto por cesárea por inmadurez fisiológica.

Si ésta se encuentra en situación de abandono por parte de su pareja o familia, esto contribuirá a la dificultad para que la adolescente se inscriba tempranamente a un control prenatal; por otro lado es posible que la adolescente no esté preparada para asumir emocionalmente el compromiso de un bebé o necesite mayor apoyo.

Se debe considerar que en esta situación contribuyen una serie de factores ; como el nivel educativo que tiene una relación muy estrecha ,debido a la falta de conocimiento de la adolescente de los cambios hormonales y fisiológicos de su cuerpo, así como la existencia de métodos de planificación familiar, a veces alterados por los mitos que estos conllevan en una población con niveles educativos inadecuados .

3.2 PROBLEMA ESPECÍFICO.

El problema es que la mayoría de las adolescentes embarazadas llega al

primer control entrada la segunda mitad de su embarazo .según datos copilados.(Ver anexo cuadro N°1 de asistencia a controles prenatales).

El embarazo sorprende a la mayoría de las adolescentes. Es algo que ni ellas ni sus parejas esperaban, aunque tuvieron relaciones sexuales sin el uso de métodos anticonceptivos.

El descubrir que están embarazadas, el temor a las reacciones que esto generará en muchas de sus familias, el aceptar la idea y pensar en diferentes estrategias para enfrentar la situación; las lleva a preocuparse mucho más por todo esto, sin quedar espacio para ocuparse del control prenatal, cuyos beneficios tampoco tienen muy claros. En ocasiones no saben que hacer y esperan una especie de solución mágica que llegue desde afuera, sin su intervención.

Muchas, temiendo que su familia les imponga abortar, o perder su precario trabajo o su escuela; y otras situaciones, por lo cual no recibe la atención adecuada y por consiguiente la inscripción en su primer control es tardía . esperan a que el embarazo sea lo suficientemente avanzado para comunicarlo. Todo lo cual constituye importantes razones para no concurrir tempranamente al centro de salud para su control prenatal.

Muchas de las complicaciones que se mencionan como propias o debidas a la corta edad de estas madres son: la estrechez pelviana, los partos más prolongados, una mayor incidencia de hijos con malformaciones. Numerosas

publicaciones han demostrado que estas eventualidades pertenecen más a la categoría de mitos, que se han ido repitiendo a lo largo de los años, sin comprobar su veracidad.

CAPITULO 4

OBJETIVOS.

4.1 OBJETIVO GENERAL

Correlacionar la fecha de inicio del control prenatal y las complicaciones materno fetales al momento del parto en pacientes que consultan en Unidad de Salud San Rafael de Junio a Diciembre de 2008.

4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

4.2.1 Identificar la edad gestacional en la cual las adolescentes realizan su inscripción prenatal.

4.2.2 Determinar las variables en el control prenatal que contribuyen a un parto complicado en las adolescentes.

4.2.3 Describir las complicaciones materno fetales más frecuentemente encontradas en adolescentes que inician tardíamente el control prenatal.

4.2.4 Observar cómo contribuye la asistencia a los controles prenatales a la finalización de un parto sin complicaciones.

CAPITULO 5.

HIPOTESIS.

5.1 GENERAL: Las Adolescentes que se inscriben justo a tiempo a sus controles prenatales tienen menos complicaciones materno fetales al momento del parto.

5.2 HIPOTESIS ESPECÍFICAS

5.2.1 Al iniciar a temprana edad de gestación el primer control se garantiza una atención adecuada.

5.2.2 Iniciado el control se pueden determinar las posibles complicaciones

5.2.3 Las complicaciones materno fetales mas frecuentes al iniciar un control prenatal tardío, se considera que pueden ser: Cesáreas, aborto, y preclampsia.

5.1.4 El asistir a los controles prenatales de forma oportuna y disciplinada contribuye a una atención adecuada, para tratar las patologías materno fetales que se presentan en el transcurso del embarazo.

CAPITULO 6

BASE TEORICA DE LA INVESTIGACION

6.1 Adolescencia.

6.1.1 Concepto.

6.1.2 Características fisiológicas de la adolescencia.

6.1.2.1 Pubertad femenina.

6.1.2.2.1 Efectos androgénicos.

6.1.2.2.2 Efectos estrogénicos.

6.1.3 Embarazo en las adolescentes. Concepto

6.2 Factores Socioculturales

6.2.1 Concepto.

6.2.1.1 Sociales.

6.2.1.2 Educativo.

- 6.2.1.2.1 Abandono escolar.
- 6.2.1.3 Económico.
- 6.3 Control prenatal
 - 6.3.1 Concepto.
- 6.4 Factores protectores en la adolescencia.
 - 6.4.1 Desarrollo de los valores individuales y de grupo.
 - 6.4.2 Autoestima.
 - 6.4.3 Proyecto de vida.
 - 6.4.4 Educación sexual.
 - 6.4.5 Nivel educativo.
 - 6.4.6 Desarrollo moral y espiritual.
 - 6.4.7 Recreación sana.
 - 6.4.8 Comunicación familiar educativa.
 - 6.4.9 Participación activa en grupos de servicios religiosos.
 - 6.4.10 Búsqueda de la identidad.
- 6.5 Factores de riesgo en la adolescencia.
 - 6.5.1 Baja autoestima
 - 6.5.2 Búsqueda de la independencia.
 - 6.5.3 Problema de conducta.
 - 6.5.4 Problema de aprendizaje o mal rendimiento escolar.
 - 6.5.5 Retraso de maduración sexual.
 - 6.5.6 Inicio temprano de los actos sexuales.

- 6.5.7 Relaciones familiares conflictivas.
- 6.5.8 El abuso de las drogas, alcohol y tabaco.
- 6.6 Beneficios de los controles.
 - 6.6.1 Control precoz del embarazo
 - 6.6.2 Mantener un buen estado de salud físico y psíquico.
 - 6.6.3 Detectar precozmente problemas de salud que impliquen riesgo materno o fetal.
 - 6.6.4 Fomentar una participación activa de la gestante y su pareja.
 - 6.6.5 Fomentar los autocuidados durante el embarazo.
 - 6.6.6 Promocionar la lactancia materna.
 - 6.6.7 Asegurar el crecimiento y desarrollo óptimo del feto.
 - 6.6.8 Favorecer las condiciones óptimas para un parto natural.
 - 6.6.9 Fomentar actitudes positivas en las distintas etapas del Ciclo vital.
- 6.7 Implicaciones.
 - 6.7.1 Atención de la adolescente embarazada.
 - 6.7.1.1 Riesgos obstétricos.
 - 6.7.1.1.1 Aborto.
 - 6.7.1.1.2 Desnutrición Pregestacional.
 - 6.7.1.1.3 Anemia.
 - 6.7.1.1.4 Transtornos hipertensivos del embarazo.
 - 6.7.1.1.5 Síndrome de HELLP.

- 6.7.1.1.6 Desproporción cefalopelvica.
- 6.7.1.1.7 Infección de vías urinarias.
- 6.7.1.1.8 Amenaza de trabajo pretermino.
- 6.7.1.1.9 Retardo del crecimiento intrauterino.
- 6.7.1.2 Complicaciones.
- 6.7.1.2.1 Parto prolongado.
- 6.7.1.2.2 Sufrimiento fetal.
- 6.7.1.2.3 Atonia Uterina.
- 6.7.1.2.4 Cesárea.
- 6.7.1.2.4.1 Indicaciones Fetales.
- 6.7.1.2.4.2 Indicaciones Maternas.
- 6.7.1.2.5 Complicaciones neonatales.

6.1 ADOLESCENCIA.

6.1.1 CONCEPTO ⁵ ↓: La adolescencia es una etapa del ciclo de vida, que inicia con un proceso biológico, la pubertad y que finaliza con un proceso psicosocial, su independencia económica, familiar y social, para fines de planificación y programación de atención en salud .El Ministerio de

⁵ (Norma de atención integral adolescentes 2007, pagina 11)

Salud a adoptado la definición de la Organización Mundial de la Salud OMS , que la Define como : El grupo poblacional que se encuentra entre los 10 y 19 años.

6.1.2 CARACTERISTICAS FISIOLÓGICAS DE LA ADOLESCENCIA

6.1.2.1 PUBERTAD FEMENINA:

CONCEPTO ⁶ ↓: Bajo el término pubertad se incluye una serie de cambios neurohormonales, acompañados de repercusiones somáticas generales, características de cada sexo, que conducen al desarrollo sexual adulto con capacidad de procreación. En la niña también se producen cambios que indican el comienzo, evolución y culminación del proceso puberal. Se presentan dos tipos bien diferenciados de efectos: Los androgénicos (vello pubiano y axilar y glándulas apócrinas), y los estrogénicos: (mamas, trompas, útero, vagina y vulva).

6.1.2.2.1 EFECTOS ANDROGENICOS:

- Vello pubiano, con aparición paulatina que se describe en los gráficos con grados de Tanner.
- Axilarquia (aparición de vello axilar), pero parece referirse estadísticamente de manera determinada, y de hecho su aparición puede seguir o preceder a

⁶ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Manual de Salud Reproductiva, El Salvador C.A. Pág. 243-268.

la telarquia y/o pubarquia. La iniciación se indica semiológicamente, por la aparición del botón mamario. Este signo sexual secundario denominado telarquia, es casi siempre de comienzo unilateral, para luego, a veces después de meses, hacerse bilateral. Aparece normalmente con un amplio rango de edades, luego de los 8 años de edad y antes de cumplir los 16 años.

Después de iniciada la telarquia, se presenta el vello pubiano y pubarquia, indicando ambos caracteres sexuales secundarios, la evolución de la pubertad o maduración sexual, con su desarrollo progresivo al igual que en el varón. El desarrollo puberal puede ser dividido en cinco estadios distintos de maduración.

6.1.2.2.2 EFECTOS ESTROGENICOS

Aparentemente, no hay una edad ósea determinada que coincida con la aparición de la menarquia, y de hecho es de observación diaria encontrar edades de menarquia que coinciden con edades óseas de 11 y hasta de 16 años. La progresiva estrogenización que impregna todo el organismo y que se registra clínicamente por el desarrollo mamario, tiene otros órganos que muestran cambios hacia la madurez genital.

El crecimiento ovárico: es evidente con volúmenes equivalentes a la gónada masculina, a lo largo de la pubertad y con superficie irregular consecuente al crecimiento de múltiples folículos. Las trompas se tornan flexuosas, con mayor diámetro interior y transformación de células cilíndricas a ciliadas.

El útero presenta engrosamiento de la pared muscular con mayor capacidad de contracción. El endometrio comienza su proliferación y luego descamación, consecuente al ciclo hormonal.

La vagina aumenta sus dimensiones en ancho y largo, éste último a expensas del fondo de saco posterior hasta 11 cm. Aproximadamente, con mayor elasticidad de las paredes, pliegues y espesor de la mucosa. En conclusión: el comienzo puberal en la mujer se produce normalmente después de los 8 años y antes de los 16 años de edad.

6.1.3 EMBARAZO EN LAS ADOLESCENTES.

CONCEPTO ⁷ ↓

El embarazo en la adolescencia se define como aquella gestación que ocurre durante los dos primeros años ginecológicos de la mujer, (edad ginecológica 0= a edad de la menarquia) y/o cuando la adolescente mantiene la total dependencia social y económica de la familia parental.

6.2. FACTORES SOCIOCULTURALES

6.2.1 CONCEPTO ⁸ ↓:

⁷ Molina C. Cols Ramiro Salud reproductiva embarazo en la adolescencia. Capitulo XXII, Página 473 y 486

⁸ Manual de Medicina de la Adolescencia OPS y OMS, 1992 Pág. 478

Como se ha mencionado anteriormente que el embarazo en la adolescencia está influenciado por factores socioculturales que se definen como: “un conjunto de elementos de índole material, espiritual y las creencias, hábitos, mitos, costumbres que rigen a una determinada sociedad y que intervienen en la incidencia y conceptualización que se da al embarazo independientemente del contexto y grupo de edad en el cual suceda.

6.2.1.1• SOCIALES:

Relativo a la sociedad, a las clases sociales a las cuales se están inmersos, que esta determinada por múltiples factores entre los cuales se pueden mencionar: educativo, económico, inestabilidad familiar, historia de un embarazo en un miembro de la familia en la adolescencia, alcoholismo, drogadicción, falta de comunicación asertiva con los padres, familias numerosas, maltrato, delincuencia, medios de comunicación con mensajes comercializados y estereotipados, presión del grupo y de pareja, abuso sexual, prostitución y pornografía en adolescentes, hacinamiento, inaccesibilidad a los servicios de salud, discriminación y, aunado a ello, el bajo ingreso de familias como resultado del desempleo y trabajo informal.

Dichos factores contribuyen de alguna manera a que se de el embarazo precoz en las adolescentes. De este factor se retomaron el educativo, área de residencia y económico.

6. 2.1.2 -EDUCATIVO:

Es aquel factor por el cual las personas desarrollan sus capacidades para enfrentarse positivamente a un medio social determinado e integrarse a él. La educación se puede dar en dos formas las cuales pueden ser formal e informal y que se pueden dar en cualquier ambiente favoreciendo o produciendo el analfabetismo, bajo nivel educativo, falta de educación sexual, deserción escolar, además se ha identificado que las mujeres con bajo nivel escolar tienen mas probabilidades de iniciar su vida sexualmente activa en las edades de la adolescencia.

6.2.1.2.1 ABANDONO ESCOLAR:

El embarazo en la adolescencia es un evento que es trascendental en el plan de vida y limita las oportunidades de desarrollo, iniciándose con el abandono escolar, que continúa con un círculo vicioso que perpetua la falta de oportunidades, desempleo y pobreza en la sociedad.

6.2.1.3 –ECONOMICO.

Se refiere a la administración ordenada y prudente de los bienes es una actividad de las relaciones humanas en lo que concierne a la producción humana y consumo. En El Salvador el salario mínimo en el área urbana es

de 158.40 dólares, y en el área rural es de 72 dólares Según el ministerio de trabajo.

6.2.1.4. CULTURAL.

Es un conjunto de normas que regulan el comportamiento del individuo y del grupo en un sector de las relaciones sociales. Cuando las normas de la sociedad son aparentemente aisladas las conductas del individuo dan lugar a que se estructuren los patrones culturales; patrón por cuanto configuran formas de comportamiento comunes para todos, cultural por cuanto el conjunto de patrones reflejan estilos de vida de una comunidad, las relaciones entre sus miembros cuyo perfil da una primera idea de su cultura. Así hay patrones culturales familiares, religiosos, sexuales, etc.

Inmersos en este factor se encuentran los conocimientos que se define como el proceso en virtud del cual la realidad se refleja y se reproduce en el pensamiento humano;

6.3 .CONTROL PRENATAL.

6.3.1 CONCEPTO:

De acuerdo a La American Academy of Pediatrics y el American College of Obstetricians and Gynecologists (1997) definieron los cuidados prenatales de la siguiente manera: “un programa exhaustivo de cuidados pre parto que incluya un enfoque coordinado de los cuidados médicos y el soporte psicosocial que en circunstancias optimas comienza antes de la concepción y abarca la totalidad del periodo anterior al parto”

6.4 FACTORES PROTECTORES EN LA ADOLESCENCIA.

6.4.1 - Desarrollo de valores individuales y de grupos.

6.4.2 - Autoestima

6.4.3 - Proyecto de vida.

6.4.4 - Educación sexual

6.4.5 - Nivel educativo.

6.4.6 - Desarrollo moral y espiritual.

6.4.7 - Recreación sana.

6.4.8 - Comunicación familiar educativa.

6.4.9 - Participación activa en grupos de servicios, religiosos o de otra índole.

6.4.10 - Búsqueda de la identidad.

6.5 FACTORES DE RIESGO EN LA ADOLESCENCIA.

6.5.1 - Baja autoestima.

6.5.2 - Búsqueda de la independencia.

6.5.3 - Problema de conducta.

6.5.4 - Problema de aprendizaje o mal rendimiento escolar.

6.5.5 - Retraso de maduración sexual.

6.5.6 - Inicio temprano de los actos sexuales.

6.5.7 - Relaciones familiares conflictivas o pertenencia a una familia funcional.

6.5.8 - El abuso de las drogas, alcohol y tabaco: agrava los problemas dando lugar a cuadro patológico y conductas antisociales o autodestructivas.

6.6 BENEFICIOS DE LOS CONTROLES

Entendemos como control prenatal una actividad asistencial que se realiza a través de exploraciones periódicas de salud, planificados previamente con la gestante, el cual tiene algunas incidencias; estos beneficios se mencionan a continuación:

6.6.1 - Control precoz del embarazo

6.6.2 - Mantener un buen estado de salud físico y psíquico de la mujer.

6.6.3- Detectar precozmente problemas de salud que impliquen riesgo materno o fetal (medico, psíquico y social)

6.6.4 - Fomentar una participación activa de la gestante y su pareja)

6.6.5 - Favorecer los autocuidados durante el embarazo

6.6.6 - Promocionar la lactancia materna

6.6.7 - Asegurar el crecimiento y desarrollo óptimo del feto

6.6.8 - Favorecer las condiciones óptimas para un parto natural.

6.6.9 - Fomentar actitudes positivas frente a las distintas etapas del ciclo vital.

6.7 IMPLICACIONES.

6.7.1 ATENCIÓN DE LA ADOLESCENTE EMBARAZADA.

La atención obstétrica a la adolescente embarazada no es distinta de la atención de las mujeres adultas, pero es diferenciada, considerando las características propias de este periodo de vida y debe ser realizada por un equipo multidisciplinario con disponibilidad, flexibilidad y sensibilidad para atender las necesidades de las adolescentes.

En menores de 15 años, el embarazo esta relacionado con altos niveles de riesgo, no solo a la falta de madurez física y psicológica, sino también, por una vulnerabilidad social.

6.7.1.1 RIESGOS OBSTETRICOS;

Los principales a los cuales las adolescentes se encuentran expuestas son:

6.7.1.1.1 ABORTO:

Es toda interrupción del embarazo, espontáneo o provocado durante las primeras 20 semanas de gestación, con un peso fetal menor de 500 gramos.

Dentro de su etiología se menciona: infecciones, enfermedades crónicas consuntivas, alteraciones endocrinas, factores nutricionales, alcohol, tabaco, factores inmunológicos, anomalías de los órganos reproductores, trauma quirúrgico, físico y psíquico.

En El Salvador, la incidencia de aborto es del 10.7%; el aborto es responsable del 13% de mortalidad materna a nivel mundial según la OMS.

Signos y síntomas relacionados con esta morbilidad son: sangrado transvaginal rutilante u oscuro, dolor lumbopélvico.

6.7.1.1.2 DESNUTRICION PREGESTACIONAL :

Es el estado físico en el cual el aporte de nutrimentos resulta menor a las demandas requeridas, generándose desgaste calórico. Puede clasificarse según el índice de masa corporal siendo el valor menor de 19.8 kg/m² (Ver tabla 1), lo que da lugar a un incremento en la morbilidad en el embarazo.

6.7.1.1.3. ANEMIA:

Se define como la disminución de la masa de hematíes circulantes; El criterio habitual es una hemoglobina inferior a 12 gr/dl en las mujeres. En mujeres embarazadas Se considera el diagnostico con valor de hemoglobina inferior a 11 gr./dl.

6.7.1.1.4

TRANSTORNOS HIPERTENSIVOS INDUCIDOS POR EL EMBARAZO:

Es el desarrollo de hipertensión arterial con proteinuria o edema, inducidas por el embarazo después de las 20 semanas de gestación o antes de las 20 semanas cuando hay hipertensión arterial previa o dentro de las 24 horas posteriores al parto y en casos severos convulsiones o coma Los trastornos hipertensivos inducidos por el embarazo se pueden clasificar de la siguiente manera: Preclampsia leve, preclampsia grave, eclampsia, hipertensión

arterial crónica, hipertensión arterial crónica con preeclampsia sobre agregada, hipertensión transitoria.

6.7.1.1.5 SINDROME DE HELLP.

Dentro de los factores predisponentes se encuentran: embarazo en los extremos de la vida reproductiva, es decir menor de 18 y mayores de 35 años; preeclampsia en embarazos previos; patología amniótica, polihidramnios, enfermedad gestacional del trofoblasto o hidrops fetal; diabetes gestacional en embarazos previos; gestación múltiple; Síndrome Antifosfolipídico; nefropatía o función renal anormal; obesidad; nuliparidad.

Los signos y síntomas de alerta asociados a esta patología son: edema matutino de miembros inferiores y edema de miembros superiores y cara; presión arterial por encima de las cifras normales o habituales de la gestante o iguales o superiores a 140/90; cefalea intensa y persistente; dolor en epigastrio, visión borrosa y convulsiones. Los trastornos hipertensivos son las complicaciones médicas más frecuentes del embarazo, constituye la principal causa de muerte materna según OMS, y es también la principal causa de muerte materna en El Salvador.

6.7.1.1.6. DESPROPORCION CEFALO-PELVICA:

Este trastorno se origina por el tamaño pelviano reducido, en un tamaño fetal excesivo o, más a menudo, en la combinación de ambas cosas. Clínicamente se puede determinar por medio del examen pélvico. También se puede evidenciar a través de pelvimetría radiológica.

6.7.1.1.7 INFECCION DE VIAS URINARIAS:

La presencia significativa de Leucocitos por encima INFECCIONES DE de 10 por campo y nitritos en orina obtenidos por micción espontánea (del chorro medio) así mismo, bacterias en orina cultivada (mas de 100,000 UFC/ml) del mismo germen indican la presencia de una infección de vías urinarias. La Bacteriuria esta relacionada con parto de pretermino, bajo peso al nacer, hipertensión inducida por el embarazo y anemia materna. Se obtiene a través de el examen general de orina, tinción de Gram y urocultivo. A toda paciente embarazada se le debe realizar un examen general de orina y urocultivo (según se requiera), para detectar una posible Bacteriuria además se debe realizar una segunda evaluación a las 28-32 semanas a toda paciente con antecedentes previos de Bacteriuria.

6.7.1.1.8 AMENAZA Y TRABAJO DE PARTO PRETERMINO:

Es la presencia de actividad uterina aumentada en frecuencia, intensidad y duración (dos o más contracciones cada 10 minutos), acompañada de modificaciones cervicales (con o sin rotura de membranas) antes de las 38 semanas completas de embarazo. Etiología: edad en los extremos de la vida reproductiva, desnutrición, baja condición socioeconómica, enfermedades infecciosas, hipertensión arterial durante el embarazo, antecedentes de aborto y parto prematuro, incompetencia ístmicocervical, ruptura prematura de membranas; tumores uterinos, DIU in situ, traumatismos, cirugía, consumo de drogas, entre otros. En El Salvador tiene una incidencia del

13.8%. Según estudios del hospital de Maternidad el grupo con mayor porcentaje con partos pretermino corresponden a las edades entre 15 y 35 años con un 32% y el 74.8% de esta población no llevó control prenatal.

6.7.1.1.9 RETARDO DEL CRECIMIENTO INTRAUTERINO:

Existe sospecha de retardo de crecimiento intrauterino cuando hay un retardo en la velocidad del crecimiento del feto establecido en la curva del peso en función de la edad gestacional por debajo del percentil 10, la terminología RCIU se limita a la evaluación fetal puesto que se confirma su diagnóstico de forma retrospectiva. Las causas pueden ser constitucionales, hábitos tóxicos y enfermedades maternas. Dentro de las constitucionales podemos mencionar: talla materna, peso de la madre en el posparto inmediato, peso pregestacional (madre con peso inferior a 54 kilos), edad materna (mujeres menores de 20 años y mujeres añosas), otras situaciones económicas desfavorables y otros como tipos de alimentación, medio familiar y social, educación y nivel intelectual, tipo de trabajo, adolescencia. Los parámetros clínicos utilizados como tamizaje para RCIU son: la ganancia del peso materno por debajo del percentil 10 según las curvas establecidas y medida de altura uterina inferior a lo normal de acuerdo a la curva estandarizada.

6. 7.1.2. COMPLICACIONES:

6. 7.1.2.1 PARTO PROLONGADO. CONCEPTO^{9j} Es considerado así, cuando un parto se prolonga o supera las 14 horas en las madres primíparas y dura más de 9 horas en mujeres que ya han tenido hijos. Otro criterio utilizado es el de no progresión en ningún centímetro de dilatación durante un periodo de entre tres y seis horas. En otras palabras, el cuello del útero no se dilata ningún centímetro durante un periodo de entre tres y seis horas. El número de horas no es más que un criterio orientativo, no diagnóstico. Depende también de la impresión personal de cada médico, sumada a muchos otros factores que se deben tener en cuenta en cada paciente, como una [cesárea](#) previa.

Este tipo de parto requiere la intervención rápida, ya que es muy posible que haya algún fallo en la dilatación o que el feto esté obstruido por alguna razón, bien porque esté mal colocado, bien porque tenga una anomalía congénita como la hidrocefalia. Si se presenta este tipo de complicación, se hará uso de los fórceps o ventosas o, en último caso, realizará una cesárea.

⁹ <http://www.elbebe.com/index.php/es/parto/complicaciones/parto-prolongado-o-estacionado>

Si el parto se prolonga demasiado, se puede producir el agotamiento de la madre y sufrimiento fetal. Por ello, hoy en día no se permite que el parto se prolongue excesivamente.

6. 7.1.2.2 SUFRIMIENTO FETAL. CONCEPTO ^{10]}

Es una patología que se instala durante el trabajo de parto, caracterizado por una insuficiencia placentaria de tipo respiratoria, que provoca trastornos en el feto. Su forma leve o moderada produce hipoxia y sus formas graves son capaces de producir acidosis, parálisis cerebral y muerte fetal y/o neonatal.

6. 7.1.2.3.1 ATONIA UTERINA

6. 7.1.2.3.1 CONCEPTO^{11]}

¹⁰ <http://www.fcm.unc.edu.ar/catedras/materneo/sufrimiento%20fetal.htm>

Esta consiste en que el útero no se contrae luego de la expulsión de la placenta y es la primera causa de hemorragia después del parto. La atonía uterina o inercia, consiste en la falta de contracción del útero gestante luego del alumbramiento. Este fenómeno ocurre en el 2 al 5 % de los partos por vía baja. Se cataloga como el principal factor de muerte perinatal en el mundo y el tercero en países subdesarrollados.

6. 7.1.2.4.CESAREA^{12]} :

CONCEPTO La cesárea es la intervención quirúrgica que permite la salida o nacimiento de un feto mediante una incisión abdominal.

Una cesárea se realiza cuando el parto vaginal no es posible o conlleva algún riesgo para la madre o el feto.

Algunas de las razones de indicación de realizar un parto por Cesárea son:

¹¹ cedip.cl/Boletin/Metrorragia.pdf frigues_se/Result.pdf.sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtua
ldat/Tesis/Salud/rodwww.

¹² <http://www.tuotromedico.com/temas/cesarea.htm>

6. 7.1.2.4.1 INDICACIONES FETALES

- Sufrimiento fetal agudo (SFA) por aporte disminuido de oxígeno al feto.
- Taquicardia o bradicardia fetales (el corazón late con excesiva o insuficiente rapidez).

6. 7.1.2.4.2 INDICACIONES MATERNAS:

6.7.1.2.4.2.1 Relativas al útero

- Útero demasiado pequeño, cicatrizado, o deforme.
- Gestación múltiple.

6.7.1.2.4.2.2 Relativas al cérvix (cuello del útero)

- Cérvix demasiado relajado (incompetencia cervical).
- Presencia de infección activa por herpes genital en la madre.

6.7.1.2.4.2.3 Relativos a la placenta y cordón umbilical

- Placenta que ocluye el cérvix (placenta previa), o de inserción baja.
- Desprendimiento prematuro de placenta (placenta abruptio).
- Prolapso de cordón (salida del cordón por el canal vaginal).

6.7.1.2.4.3 PELIGRO PARA LA MADRE (angustia maternal)

- La cabeza del feto es demasiado grande para pasar a través de la pelvis de la madre (desproporción cefalopelvica).
- Trabajo de parto muy prolongado.
- Posición anormal del bebé
- De nalgas y primípara (presentación de nalgas).
- Presentación transversa.
- Presentación de cara.
- Madre de edad avanzada (añosa), más de 40 años .
- Presencia de una enfermedad importante asociada (toxemia, preeclampsia, eclampsia, [hipertensión](#))

6. 7.1.2.5 COMPLICACIONES NEONATALES.

Algunos de los trastornos y complicaciones que aumentan el riesgo para un recién nacido, solo serán mencionados a continuación^{13]} :

- [Prematurez](#)
- [Muy Bajo Peso al Nacer](#)
- [Bajo Peso al Nacer](#)
- [Pequeño para la Edad Gestacional](#)
- [Grande para la Edad Gestacional](#)
- [La Posmadurez](#)
- Síndrome de distres respiratorio
- Cardiopatías congénitas
- Ictericia neonatal
- Sepsis
- [Síndrome de Muerte Súbita del Lactante \(SIDS\)](#)

CAPITULO 7. DISEÑO METODOLÓGICO

¹³ <http://www.childrenscentralcal.org/Espanol/HealthS/P05488/P05454/Pages/home.aspx>

7.1 Grupo en Estudio :

La población en estudio es de 113 adolescentes que llevaron sus controles prenatales en la Unidad de Salud San Rafael en el período comprendido de Junio a Diciembre de 2008. Se enfoca en la relación existente entre el inicio de los Controles Prenatales y las Complicaciones materno – fetales durante el período de gestación; Además se identifican las patologías más frecuentes propias del embarazo en las adolescentes.

La investigación que se realiza está diseñada así :

- No Experimental
- Cuantitativa
- Transeccional

7.2 Universo:

¹⁴ El universo entendido como la unidad de análisis o conjunto de personas, contextos, eventos o sucesos sobre el cual se recolectan datos”, lo que significa que nuestro universo son todas las adolescentes inscritas en la Unidad de Salud San Rafael para Controles Prenatales de Junio a Diciembre 2008, entre 10 y 19 años de edad haciendo un total de 153 adolescentes.

7.3 Muestra:

Se tomo a partir de aplicar al universo los criterios de inclusión y exclusión , que se describen adelante, lo cual nos dio como resultado ,una población muestra de 113 adolescentes embarazadas; de las cuales no se rechazara ninguna; debido que, si se hace, perdería objetividad la investigación, debido al tiempo escogido para el estudio y sus variables.

7.3.1 SELECCIÓN DE GRUPO DE INVESTIGACION.

7.3.1.1 CRITERIOS DE INCLUSION:

- Paciente Adolescentes embarazadas entre las edades comprendidas entre 10-19 años.

¹⁴ (metodología de la investigación tercera edición Editorial Mc Graw –Hill paginas 413-414.

- Pertenecer al área geográfica de influencia de la Unidad de Salud Dr. Roberto Batista Mena conocida como Unidad de Salud San Rafael, en la ciudad de Santa Ana.

- Que asista a todos sus controles prenatales.

7.3.1.2 CRITERIOS DE EXCLUSION:

Pacientes adolescentes embarazadas que consultan a la Unidad de Salud que no corresponden al AGI (área geográfica de influencia)

Pacientes adolescentes que cambiaron de domicilio y siguieron controles prenatales en otra unidad de Salud.

Pacientes que han faltado a 2 o mas controles a partir de Junio a Diciembre de 2008

7.4 Plan de Análisis:

Es no experimental debido a que se define cómo la investigación que se realiza sin manipular deliberadamente los datos, es decir se trata de la investigación donde no hacemos variar en forma intencional las variables independientes .además nos permite observar los fenómenos tal y como se dan en su contexto natural, para luego analizarlos, es decir, que es un estudio en el cual ya existen datos históricos y no es posible manipularlos ni elegirlos bajo criterios estadísticos, simplemente se analizan e interpretan de manera objetiva en función de las variables consideradas, será cuantitativa debido a que éste utiliza la recolección y el análisis de datos, para contestar preguntas de investigación y probar hipótesis establecidas previamente y

confía en la medición numérica, el conteo y frecuentemente en el uso de la estadística para establecer con exactitud patrones de comportamiento en una población.

La investigación se basa en hechos y circunstancias que ya pasaron; como por ejemplo las variables independientes.

Los grupos de edad específico en adolescentes comprenden la edad 10 – 19 años. Esto nos permite conocer las posibles complicaciones más frecuentes que pueden presentarse al momento del parto; además nos interesa la edad gestacional en el Primer Control y los subsecuentes.

Es transeccional porque los datos recolectados en un sólo periodo, un tiempo único, cuyo propósito es describir las variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado”, los datos se han obtenido en un tiempo específico, es decir, todas la embarazadas que llevaron controles prenatales en el período comprendido de Junio a Diciembre 2008, lo cual nos permite analizar y describir las variables recolectadas.

Se ha mencionado antes que el estudio se llevará a cabo en la Unidad de Salud San Rafael, en el período comprendido de Junio a Diciembre de 2008, se eligió éste período por que se ha visto un aumento en el número de embarazos adolescentes, lo cual nos permitirá realizar un estudio

Más amplio, y objetivo, debido a que el universo a estudiar será significativo 113 adolescentes.

7.5 Variables: En cuanto, a las variables a considerar tenemos:

7.5.1 VARIABLE INDEPENDIENTE:

Se considera como la supuesta causa en una relación entre variables, y el efecto provocado por dicha causa.

- Adolescente Embarazadas (10 – 19 años)
- Nivel Educativo
- Nivel Cultural
- Psicológico
- Socioeconómico

7.5.2 VARIABLE DEPENDIENTE:

Es aquella que no se manipula, sino que se mide para ver el efecto que la manipulación de la variable independiente tiene en ella. En éste caso de nuestro estudio se consideraron:

- Período de Gestación
- Infección de Vías Urinarias
- Factor Rh
- Anemia
- Estatura
- Embarazos Previos

7.6 PLAN DE TABULACION:

El instrumento de evaluación que se utilizo ; fue la recolección de datos por medio de la revisión de expedientes médicos , de donde se obtuvieron las

distintas variables , que se analizaron , para determinar las posibles complicaciones que se pueden presentar al momento del parto ; en un embarazo adolescente que no inicia controles prenatales en una edad gestacional temprana. Posterior a la recolección de datos, estos se tabularon y se presentaron en cuadros y gráficos de forma objetiva, lo que facilito el análisis de los resultados obtenidos en el estudio, relacionándolos con los antecedentes y la revisión bibliográfica.

7.7 RECURSOS UTILIZADOS PARA LA INVESTIGACIÓN:

Humanos: Asesor de tesis, 1 persona; investigador del tema: 2 personas.

Materiales: papel, fotocopias, impresiones, computadora, bolígrafo, lápiz,

Financieros: En este rubro se consideraron todos los gastos que incurrirán en la realización del estudio de investigación los cuales se detallaran posteriormente.

CAPITULO 8 ANALISIS DE LOS DATOS

TABLAS

Tomando en cuenta inicio, asistencia, estado civil, y otros factores que puedan afectar el curso normal de la gestación.

Cuadro N° 1 ASISTENCIA A CONTROLES PRENATALES
(Realizado en base a expedientes clínicos)

Nº Controles Prenatales	1 – 5 Controles Prenatales	6 – 10 Controles Prenatales	11 – 15 Controles Prenatales
Edad gestacional al inicio de control prenatal			

<i>1 – 12 semanas</i>	15	43	1
<i>13 -24 semanas</i>	18	28	0
<i>25-40 semanas</i>	6	2	0

Controles prenatales semanas	1-5 controles	6-10 controles	11-15 controles
1-12			

<i>Total</i>	39	73	1
--------------	----	----	---

Del total de embarazadas se observa que 73 adolescentes asistieron a entre 6-10 controles prenatales durante su embarazo.

Aquí se comprueba que la adolescente que inicio controles prenatales a menor edad gestacional cumplió casi en su totalidad con todos sus controles.

Semanas	13.27%	38.05 %	0.88%
13-24 Semanas	15.93%	24.78 %	
25-40 Semanas	5.31%	1.77 %	
Total	34.51%	64. 6%	0.88 %

Cuadro N° 1. ASISTENCIA A CONTROLES PRENATALES ENTERMINOS

PORCENTUALES

Asistencia de Controles Prenatales

- Del total de embarazadas se observa que el 64.6% llevo entre 6-10 controles prenatales durante su embarazo.

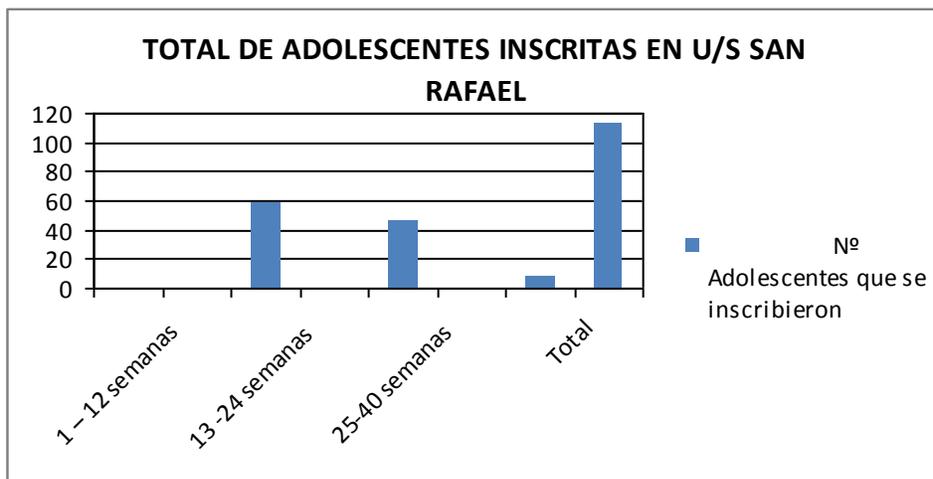
Cuadro 1.2
ADOLESCENTES INSCRITAS SEGÚN SEMANAS DE EMBARAZO

Edad Gestacional	N° Adolescentes que se inscribieron
1 – 12 semanas	59
13 -24 semanas	46
25-40 semanas	8
Total	113

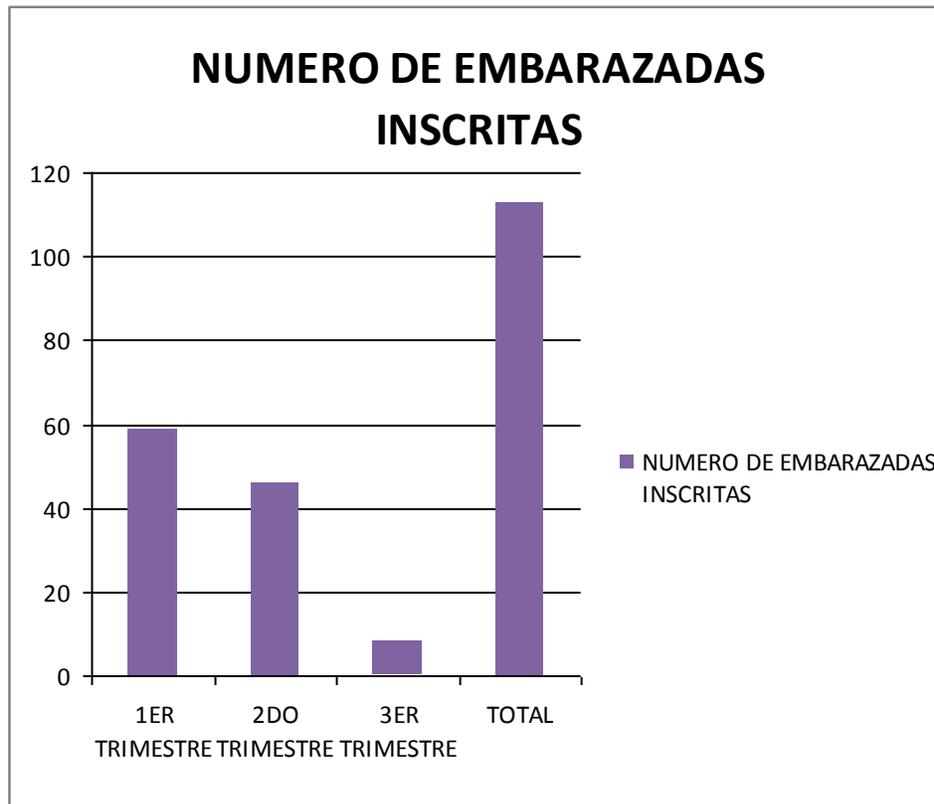
En este cuadro se observa el N° de pacientes inscritas según los tres periodos de embarazo. Nótese que la relación entre el primer y segundo

trimestre de gestación es muy similar; en cuanto al numero de pacientes inscritas a su control prenatal. Obsérvese en la Grafica N° 1 que la cantidad de adolescentes inscritas en las primeras 24 semanas es mucho mayor que posterior a las 25 semanas de embarazo.

Grafica N°1



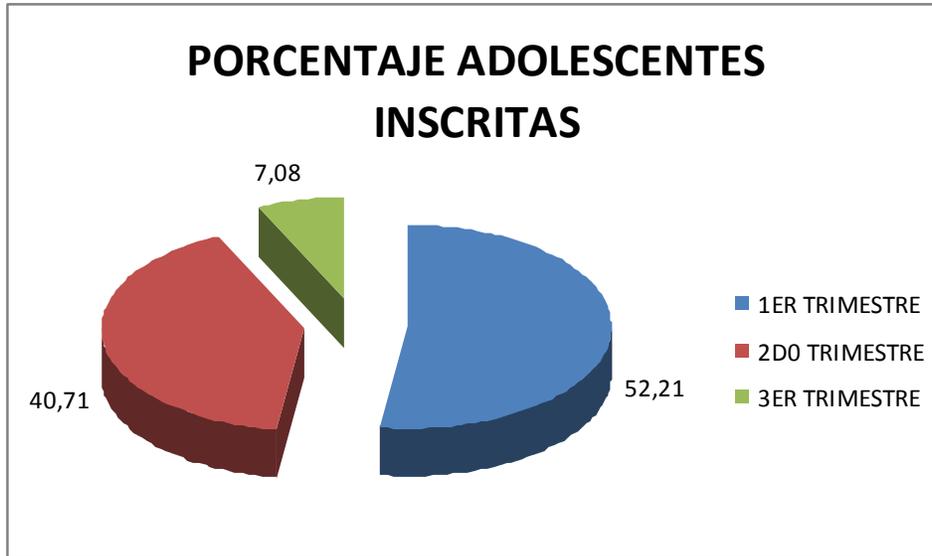
Grafica n° 2



A continuación se establece su relación porcentual:

Edad Gestacional	N° Adolescentes que se inscribieron
1 – 12 semanas	52.21 %
13 -24 semanas	40.71 %
25-40 semanas	7.08 %
Total	100 %

Grafica N° 3



Cuadro N° 2

FACTORES QUE PUEDEN GENERAR RIESGO

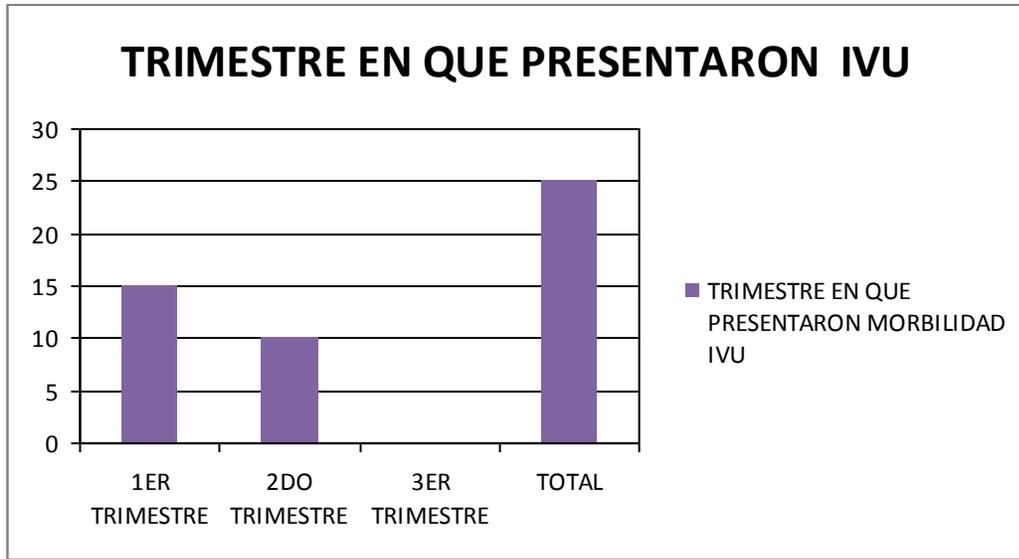
(en base a expedientes Clínicos)

<i>Factores de Riesgo</i> <i>Semanas</i>	<i>Numero de adolescentes</i>	<i>Anemia</i>	<i>Talla < 1.5m</i>	<i>I.V.U*</i>	<i>Rh (-)</i>	<i>Embarazos Previos</i>	<i>Desnutrición</i>
<i>1 – 12 semanas</i>	59	6	4	15	2	2	2

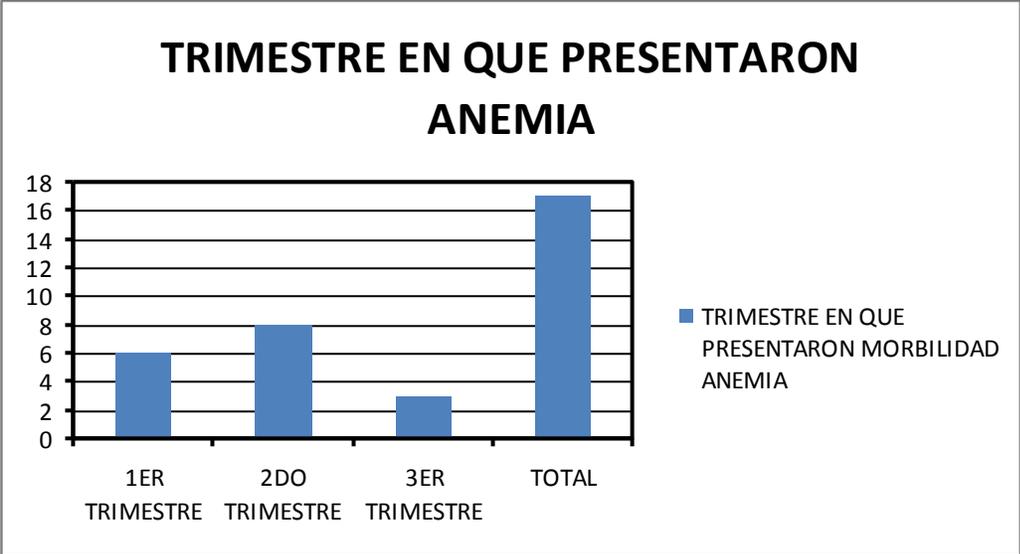
13 semanas	-24	46	8	4	10		7	1
25-40 semanas		8	3	2	No hubo	No hubo	2	No hubo
Total		113	17	10	25	2	11	3

*= Infección de Vías Urinarias .

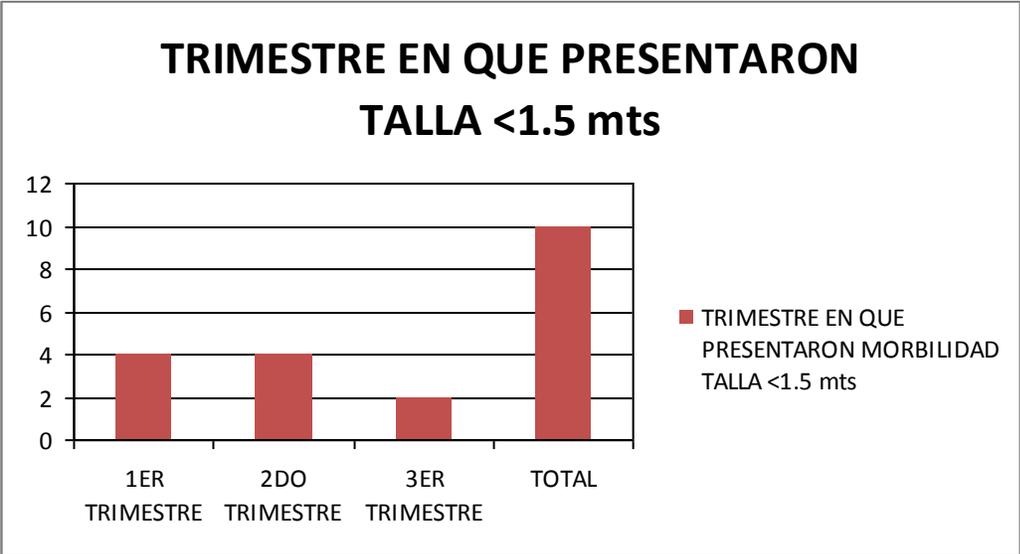
Grafica N° 4



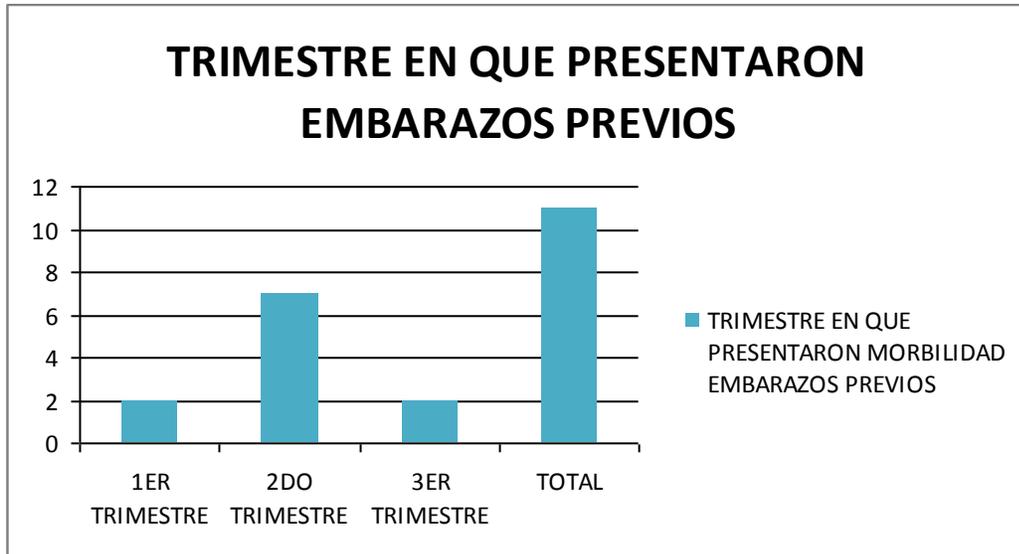
Grafica N° 5 (Tomado de Cuadro Numero 2)



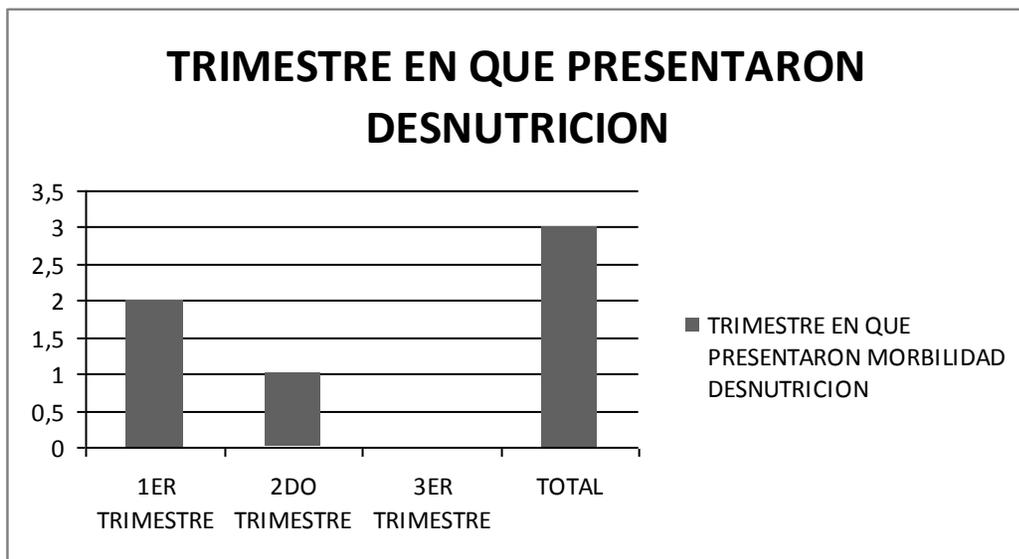
Grafica N° 6 (tomado de cuadro numero 2)



Grafica N° 7(Tomado de cuadro numero 2)



Grafica N° 8 (Tomado de cuadro Numero 2)



Obsérvese los diferentes factores de riesgo para una embarazada, notando que el mas predominante es la infección de vías urinarias (Grafico N° 4) seguido de anemia (Grafica N°5) ; las cuales se presentaron en las primeras

semanas de embarazo, lo cual nos denota la necesidad de atención oportuna en estas semanas.

Cuadro N° 2.1

FACTORES QUE PUEDEN GENERAR RIESGO EN TERMINOS
PORCENTUALES (Realizado en base a expedientes Clínicos)

<i>Factores de Riesgo Semanas</i>	<i>Anemia</i>	<i>Talla < 1.5m</i>	<i>I.V.U</i>	<i>Rh (-)</i>	<i>Embarazos Previos</i>	<i>Desnutrición</i>
<i>1 – 12 semanas</i>	5.31%	3.54%	13.27 %	1.8%	1.8%	1.8%
<i>13 – 24 semanas</i>	7.08%	3.54%	8.85%	No hubo	6.19%	0.88%
<i>25-40 semanas</i>	2.65%	1.77%	No hubo	No hubo	1.8%	No Hubo
<i>Total</i>	15.04%	8.85%	22.12 %	1.76%	9.79%	2.68%

De 113 pacientes; 68 pacientes o sea el 60.24% Tuvieron factores que pueden generar riesgo de complicaciones materno fetales, distribuidos en los parámetros de riesgo.

45 Pacientes llevaron un control prenatal sano correspondiente al 39.8% del total de embarazadas.

El 5.3% de 113 pacientes tuvieron anemia en las primeras 12 semanas

7.1 % de 113 pacientes presentaron anemia; correspondiente a las adolescentes que se inscribieron en el 2º trimestre de embarazo. Siendo el porcentaje más alto en este grupo de pacientes.

Cuadro N° 2.2

FACTORES QUE PUEDEN GENERAR RIESGO

<i>Factores de Riesgo</i>	<i>Numero de adolescentes</i>	<i>Anemia</i>	<i>Talla < 1.5m</i>	<i>I.V.U*</i>	<i>Rh (-)</i>	<i>Embarazos Previos</i>	<i>Desnutrición</i>
<i>Semanas</i>							
<i>1 – 12 semanas</i>	59	6 (10%)	4 (6.8%)	15 (25.4%)	2 (3.4%)	2 (3.4%)	2 (3.4%)
<i>13 – 24 semanas</i>	46	8 (17.4%)	4 (8.7%)	10 (21.7%)	No hubo	7 (15.2%)	1 (2.2%)
<i>25-40 semanas</i>	8	3 (37.5%)	2 (25%)	No hubo	No hubo	2 (25%)	No hubo
<i>Total</i>	113	17 (15.04%)	10 (8.8%)	25 (22.1%)	2 (1.77%)	11 (9.73%)	3 (2.65%)

*Infección de Vías Urinarias.

- De 113 Adolescentes embarazadas el 37.5% de pacientes inscritas en el trimestre (25-40 semanas de gestación) presentaron anemia correspondiendo al porcentaje más alto de este factor de riesgo.
- De 113 Adolescentes embarazadas el 25 % de pacientes que se inscribieron en el ultimo trimestre presentaban talla baja ; factor de riesgo para parto por cesárea .
- El 25.4% de las embarazadas que se inscribieron en las primeras 12 semanas de embarazo presentaron infección de vías urinarias, el cual es un factor que contribuye a amenaza de aborto en las primeras semanas, demostrando la necesidad de la atención oportuna en este periodo de gestación para prevenir dicha patología del embarazo.

- El 3.4 % de embarazadas que se inscribieron en las primeras 12 semanas de gestación pertenecían al factor Rh Negativo , el cual es importante identificar en las primeras semanas de gestación para el manejo de la incompatibilidad Rh madre – hijo.
- El 3.4 % de las embarazadas inscritas en las primeras 12 semanas se encontraban en desnutrición índice de masa corporal menor de 19.8 mts/Kg. 2.

CUADRO N° 3
COMPLICACIONES OBSERVADAS (En base a expedientes clínicos)

<i>complicaciones</i> <i>Semanas</i>	<i>Aborto</i>	<i>CBT</i> <i>*</i> <i>por</i> <i>SFA</i> <i>**</i>	<i>CBT por</i> <i>Podálico</i>	<i>CBT</i> <i>por</i> <i>CA</i> <i>***</i>	<i>CBT</i> <i>por</i> <i>DCP</i> <i>****</i>	<i>CBT por</i> <i>Gemelos</i>	<i>Preclampsia</i>	<i>Diabetes</i> <i>Gestacional</i>	<i>Vaginal</i> <i>Podálico</i>
<i>1 – 12 sem</i>	5	6	2	2	2	1	3	0	1
<i>13 -24 sem</i>	1	1	1	1	1	0	2	0	

25-40 sem									
Total	6	7	3	3	3	1	5	0	1

* Cesárea Baja Transversa.

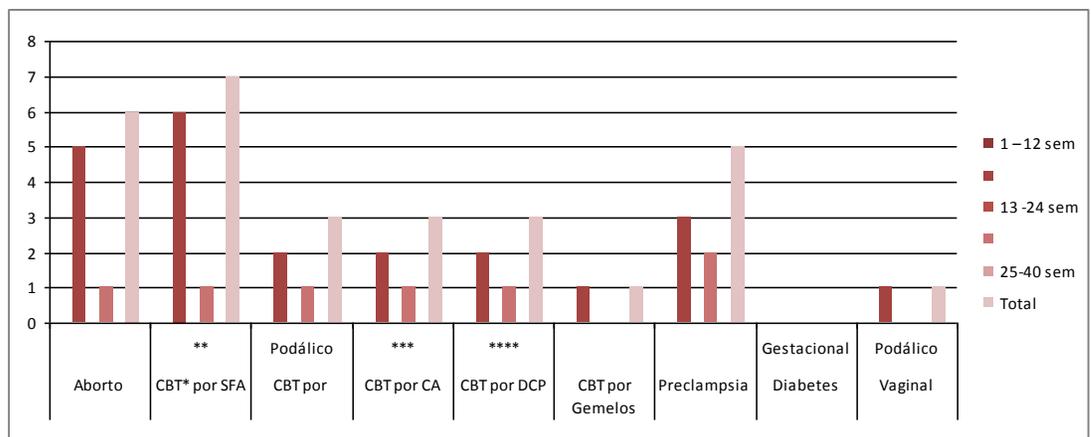
** Sufrimiento fetal agudo.

*** Cesárea anterior.

****Desproporción Cefalo

pélvica.

Grafica N° 9



- De 113 adolescentes embarazadas 29 presentaron complicaciones; de las cuales 17 terminaron en cesárea baja transversa.

CUADRO N° 3.1
COMPLICACIONES OBSERVADAS EN EMBARAZO ADOLESCENTE.
EN TERMINOS PORCENTUALES.

Complicaciones semanas	N° de A.	Aborto	CBT* por SFA* *	CBT por Podálico	CBT por CA ***	CBT por DCP ****	CBT por Gemelos	Preclampsia	D.G *****	Vaginal Podálico

<i>1-12 sem</i>	59	5 (8.4%)	6 (10%)	2 (3.4%)	2 (3.4%)	2 (3.4%)	1 (1.7%)	3 (5.1%)	0	1 (1.7%)
<i>13-24 sem</i>	46	1 (2.1%)	1 (2.1%)	1 (2.1%)	1 (2.1%)	1 (2.1%)	0	2 (4.3%)	0	
<i>25-40 sem</i>	8									
<i>Total</i>	113	6 (5.3%)	7 (6.2%)	3 (2.6%)	3 (2.6%)	3 (2.6%)	1 (0.9%)	5 (4.4%)	0	1 (0.9%)

* Cesárea Baja Transversa.

** Sufrimiento fetal agudo.

*** Cesárea anterior.

****Desproporción Cefalo

pélvica.

A= Adolescentes.

*****D.G = Diabetes

Gestacional.

El 25.5 % de embarazos adolescentes presento complicaciones; siendo el 14.9% de estas: Parto por Cesárea baja transversa, por diferentes causas en su mayor porcentaje (6.2%) por Sufrimiento Fetal agudo. En términos generales de las 29 adolescentes que presentaron complicaciones el 58.6% terminaron en cesárea; el 41.2% de éstas por Sufrimiento fetal agudo.

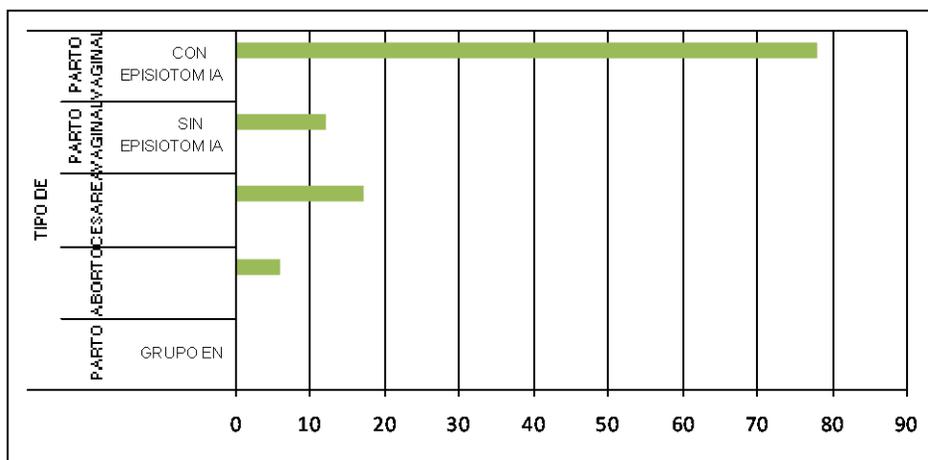
CUADRO N° 4

COMPLICACIONES EN RELACION AL TIPO DE PARTO. (TOMADO DE EXPEDIENTES CLINICOS)

TIPO DE PARTO GRUPO EN RIESGO	ABORTO	CESAREA	PARTO VAGINAL SIN EPISIOTOMIA	PARTO VAGINAL CON EPISIOTOMIA
Grupo de Adolescentes embarazadas en estudio .	6	17	12	78
TOTAL	6	17	12	78

- VER ANEXO 1

Grafica N° 10



CUADRO N° 4.1 COMPLICACIONES EN RELACION AL TIPO DE PARTO EN TERMINOS PORCENTUALES

TIPO DE PARTO GRUPO EN RIESGO	ABORTO	CESAREA	PARTO VAGINAL SIN EPISIOTOMIA	PARTO VAGINAL CON EPISIOTOMIA
Adolescentes embarazadas de 10 -19 años	6	17	12	78

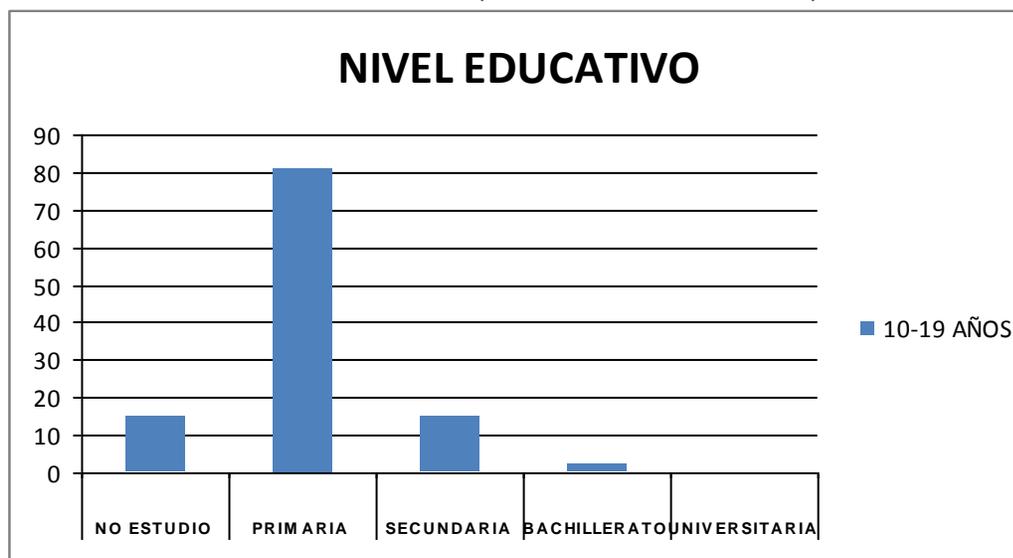
TOTAL	5.3%	15%	10.6%	69 %
-------	------	-----	-------	------

En el Cuadro 4.1 observamos las complicaciones con adolescentes embarazadas , en relación a su parto , podemos notar que el 69% terminaron en parto vaginal con episiotomía, debido a la inmadurez que todavía presenta su cuerpo en relación a la edad.

CUADRO N° 6
NIVEL DE EDUCACION. (TOMADO DE EXPEDIENTES CLINICOS)

NIVEL EDUCATIVO EDAD	ANALFABETA	PRIMARIA	SECUNDARIA	BACHILLERATO	UNIVERSI
10-12 AÑOS	4	25	0	0	0
13-15 AÑOS	7	32	6	0	0
16-19 AÑOS	4	24	9	2	0
TOTAL	15	81	15	2	0

Grafica N° 11 (tomado de cuadro N° 6)



* DATOS TOMADOS DE EXPEDIENTE CLINICO DE ADOLESCENTES EN ESTUDIO ; LOS CUALES SE ENCUENTRAN EN CARNET DE CLAP (CARNET PROVEIDO POR EL CENTRO LATINOAMERICANO DE PERINATOLOGIA Y DESARROLLO HUMANO , EN DONDE SE ENCUENTRAN LOS DATOS DE LA EMBARAZADA; DE INTERES OBSTETRICO)

CUADRO N° 6.1
ANALISIS PORCENTUAL DE NIVEL EDUCACION ADOLESCENTES EMBARAZADAS.

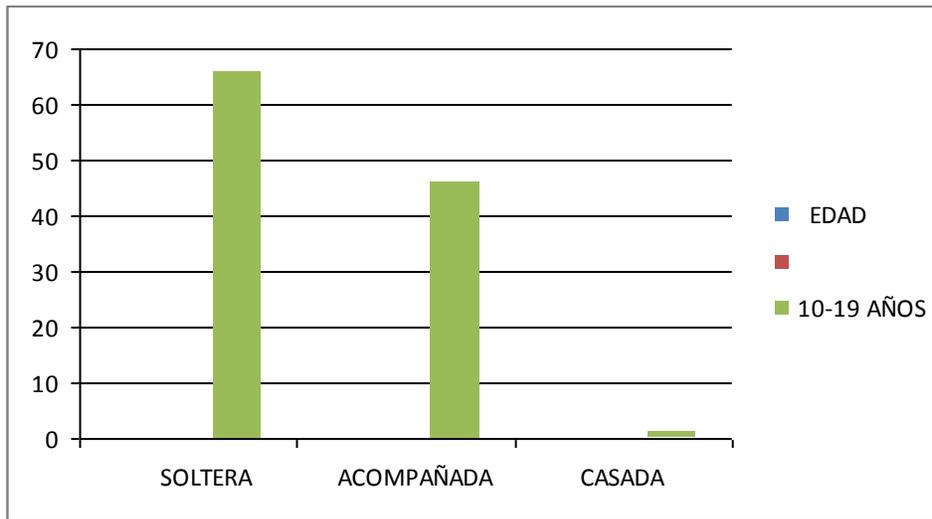
NIVEL EDUCATIVO EDAD	ANALFABETA	PRIMARIA	SECUNDARIA	BACHILLERATO	UNIVERSI
	10-12 AÑOS	4 (3.54%)	25 (22.12%)	0 (0%)	0 (0%)
13-15 AÑOS	7 (6.19 %)	32 (28.31%)	6 (5.31%)	0 (0%)	0 (0%)
16-19 AÑOS	4 (3.54%)	24 (21.23%)	9 (7.96%)	2 (1.8%)	0 (0%)
TOTAL	15 (13.27%)	81 (71.68%)	15 (13.27%)	2 (1.8%)	0 (0%)

En el cuadro 6.1 se observa que la mayoría de adolescentes estaba a nivel de primaria; siendo este el 71.68 % del total de embarazadas.

CUADRO N° 7
ESTADO CIVIL EN ADOLESCENTES (TOMADO DE EXPEDIENTES CLINICOS)

ESTADO CIVIL EDAD	SOLTERA	ACOMPAÑADA	CASADA
	10-12 AÑOS	27	3
13-15 AÑOS	15	12	No Hubo
16-19 AÑOS	24	31	No hubo
TOTAL	66	46	1

Grafica N° 12



CUADRO N° 7.1
RELACION PORCENTUAL ESTADO CIVIL EN ADOLESCENTES
(TOMADO DE EXPEDIENTES CLINICOS)

ESTADO CIVIL / EDAD	SOLTERA	ACOMPañADA	CASADA
10-12 AÑOS	27 (23.89%)	3 (2.65%)	No hubo
13-15 AÑOS	15 (13.27%)	12 (10.62%)	No hubo
16-19 AÑOS	24(21.24%)	31 (27.43%)	1(0.9%)
TOTAL	66 (58.4%)	46 (40.7%)	1(0.9%)

En el cuadro 7.1 se observa que la mayoría de adolescentes se encuentran solteras al momento de llevar sus controles prenatales ; lo que corresponde al 58.4% y solo 1 se encontró que estaba casada.

CAPITULO 9

RECOMENDACIONES:

Diseñar planes preventivos; educacionales para prevenir embarazos en adolescentes^{*}; al implementar estos planes se estaría logrando que el aparato social de las nuevas generaciones sea de mejor calidad.

Priorizar la utilización de la hoja del adolescente con fines de estudio y evaluación de este grupo de edad ; para la formulación de acciones y estrategias a nivel del Ministerio de salud, en función de una salud integral en los adolescentes; hoja que aunque en la actualidad está disponible ,y no se le da aplicación adecuada.

Implementar en las unidades de Salud asistencia psicológica ya que son el 1er nivel de atención disponible para favorecer y corregir desordenes emocionales en las adolescentes; dicha asistencia se provee en hospitales

* El 23% de madres en el país son menores de 20 años según el Registro Nacional Personas Naturales

de segundo nivel ; pero para algunas adolescentes existe desconocimiento de dichos programas.

Dar un mayor énfasis a la educación sexual en la población adolescente mediante la formación de grupos jóvenes con el objetivo de poder brindar adecuada orientación sexual por personal de salud; para la prevención de embarazos no deseados, infecciones vaginales y enfermedades de transmisión sexual.

Darle seguimiento estricto a la embarazada adolescente, promoviendo y desarrollando mecanismos para la asistencia responsable a sus controles prenatales.

Implementar mecanismos que ayuden a la detección temprana y búsqueda, tanto en el área urbana como rural, de embarazadas adolescentes para referirlas e iniciar su control prenatal y verificar la presencia de enfermedades de mayor prevalencia proporcionando así un manejo oportuno.

CAPITULO 10 CONCLUSIONES

Dentro de las variables en el control prenatal, que contribuyen a un parto complicado se encontró : la presencia de anemia , talla menor de 1.5 metros, factor Rh Negativo, presencia de infección de vías urinarias , embarazos previos, y desnutrición.

El 60.24% de las adolescentes embarazadas presentaron factores que pueden generar riesgo de complicaciones materno fetales distribuidos en diferentes parámetros correspondiendo al 22.12% infección de vías urinarias seguido por el 15.04% anemia y de estas el 7.08% se inscribieron en el segundo trimestre de embarazo.

El 9.7% del total de adolescentes había experimentado un embarazo previo; lo que demuestra la falta de educación sexual y de madurez en éste grupo de edad; cabe resaltar que la reincidencia ante el primer embarazo es recurrente si este fenómeno se da entre los 10-12 años.

Las complicaciones materno fetales, más frecuentes encontradas en éste estudio son : abortos (5.3%), preclampsia(4.4%) y cesáreas siendo ésta última la que se presenta en mayor proporción ocupando el 14.9% de las complicaciones en embarazos adolescentes por diferentes causas ,la mas común de todas por sufrimiento fetal en un 6.2%.

El 25% de éste grupo en estudio presentaban una talla menor de 1.5metros factor de riesgo para un parto por cesárea; con una estructura física inadecuada para ser madres; coincidiendo con los resultados al encontrarse esta como la mayor complicación al momento del parto.

El 71% tienen estudios de primaria ; y el 13% son analfabetas, observando que su nivel de escolaridad es el más bajo , siendo entonces una variable que ha incidido en los índices antes mencionados , por ende su condición social y su estado civil ; el 58.4% solteras , será obviamente un aspecto que condicione la inasistencia a los controles ; tomando en cuenta que cuando el nivel educativo es mayor esto por consiguiente , influye en hábitos y costumbres de alimentación que contribuirán a la nutrición adecuada de la madre. A mayor nivel educativo menor porcentaje de embarazo.Obviamente que la inmadurez de estas madres adolescentes hace que no sean capaces de cumplir con sus obligaciones maternas, debido a los daños psicológicos y emocionales causados por dicha situación, por ende la reproducción del nuevo ser enfrentara condiciones adversas desde su nacimiento.

18 Adolescentes llevaron de 1-5 controles en el 2º trimestre y no concluyeron con el total de controles médicos adecuados; lo que contribuye a mayor riesgo de complicaciones al momento del parto.

La mayor complicación en cesárea se da cuando en el tercer trimestre únicamente llevan de 1-5 controles prenatales, lo que se observo en 6 pacientes que se inscribieron entre las 25-40 semanas.

Un equipo de investigación formado por dos estudiantes. Los cuales se organizaron desempeñando diversas funciones como:

- Recolectar información.
- Revisión e interpretación de expedientes clínicos de adolescentes involucradas en la investigación.
- Entrevistar personas conocedoras del tema.
- Analizar y seleccionar la información.

Función de revisadores, digitadores y expositores del trabajo de Investigación.

12.2 Un Asesor de Campo: Dr. Raúl Ramírez Guzmán y un asesor de metodología y contenido, Licenciado Juan Bautista , cuya función fue de orientar al equipo para el desarrollo de la investigación.

12.3 Un asesor general, quien cumple con la misión de revisar y realizar las observaciones pertinentes para el mejoramiento del trabajo realizado.

12.4 Recursos Financieros.

En este rubro se consideraron todos los gastos que hicieron posible la investigación entre los cuales detallamos los siguientes:

<u>RUBRO</u>	<u>COSTO</u>
Internet	\$ 27.50
Impresiones	\$ 14.00

Anillados	\$ 3.50
Bolígrafo	\$ 0.50
Papelería	\$ 2.25
Fotocopia	\$ 1.60
Transporte	\$ 18.00
CD	\$ 2.00
Digitado	\$ 8.00
Empastado	\$ 20.00
TOTAL	\$ 97.35

12.4.1 Recursos Materiales

- Material de texto, (libros, tesis, folletos, sitios Web, etc.)
- Computadoras
- Impresoras
- Discos compactos
- Memoria USB
- Papel
- Bolígrafos

12.4.2 El tiempo:

Se invirtió en 15 reuniones grupales establecidas los días sábado de 9 – 11 a.m. Haciendo un total de 30 horas.

Se utilizó el tiempo de jornadas posterior a la consulta, para realizar la identificación, de las pacientes adolescentes embarazadas que pertenecían al grupo en estudio por medio de la revisión de expedientes clínicos y haciendo uso de un libro de control de pacientes embarazadas; y de donde se obtuvieron los datos necesarios para la realización de la investigación. Lo cual se recolectaba de 4:30- 7 p.m.; durante 15 días siendo en total 37.5 horas invertidas en este proceso

12.5 DETALLE DE PRESUPUESTO

Costo por cada fase de investigación

Material	Cantidad	Costo unitario	Costo total
<i>Elaboración y presentación de perfil</i>			
Papelería	25 hojas	\$0.03	\$0.75
Uso de Internet:	20 horas	\$0.50	\$10.00
Impresión	10 paginas	\$0.25	\$2.50
Anillado	1	\$1.50	\$1.50
Transporte/combustible			\$ 3.00

Bolígrafo	2	\$0.25	\$0.50
Elaboración y presentación de protocolo:			
Papelería	25 hojas	\$0.03	\$0.75
Internet	25 horas	\$0.50	\$12.50
Impresión	55 paginas	\$0.10	\$5.50
Anillado	1	\$2.00	\$2.00
Transporte/combustible			\$ 5.00
Elaboración y presentación de informe final			
Papelería	25 hojas	\$0.03	\$0.75
Internet	10 horas	\$0.50	\$5.00
Impresión:	60 paginas	\$0.10	\$6.00
Empastado	1	\$20.00	\$20.00
Transporte/combustible			\$10.00
Digitado	80 paginas	\$0.10	\$ 8.00
Fotocopias	80 paginas	\$0.02	\$ 1.6
CD	2	\$1.00	\$ 2.00
Total			\$ 97.35

CAPITULO 13 ANEXOS
ANEXO 1
PRINCIPALES COMPLICACIONES EN EMBARAZO ADOLESCENTE.

Complicación	Aborto	Vaginal Podálico	CBT por Podálico	CBT por C.anterior	CBT por Sufrimiento Fetal	CBT por Preclampsia	CBT por DCP	CBT por parto gemelar	CBT por Circular Cordón
Semana inscripción									
Semana 1									
Semana 2									
Semana 3									
Semana 4									
Semana 5			1						
Semana 6	1			1					
Semana 7	2					1	1		
Semana 8	1				1			1	
Semana 9				1		2			
Semana 10					1		1	1**	
Semana 11					3				
Semana 12	1 *	1	1		1				
Semana 13					1				
Semana 14			1			1			

Semana 15									
Semana 16	1								
Semana 17									
Semana 18									
Semana 19				1					
Semana 20									
Semana 21									
Semana 22									
Semana 23									
Semana 24									1
Semana 25									
Semana 26									
Semana 27									
Semana 28									
Semana 29									
Semana 30									
Semana 31									
Semana 32									
Semana 33									
Semana 34									
Semana 35									
Semana 36									
Semana 37									
Semana 38									
Semana 39									
Semana 40									
TOTAL	6	1	3	3	7	4	2	2	1

CBT = Cesárea Baja Transversa DCP = Desproporción Cefalopelvica * = 2° Aborto ** =Nacidos muertos.

ANEXO 2

INSCRIPCIONES PRENATALES EN ADOLESCENTES DE 10 A 14 AÑOS SANTA ANA EN EL PERIODO DE JUNIO A DICIEMBRE 2008

Departamento	Inscripciones			Inscritas con menos de 12 Semanas de Gestación	Estado Nutricional		
	Total (1+2)	Por Médico (1)	Por Enfermería (2)		Normal (P ₁₀ -P ₉₀)	Desnutrida (menor de P ₁₀)	Sobre Peso (mayor de P ₉₀)
Santa Ana	70	69	1	24	65	5	0
Totales	70	69	1	24	65	5	0

Fuente:- Unidad de Información, Monitoreo y Evaluación. (INFORMACION Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social)

ANEXO 3

INSCRIPCIONES PRENATALES EN ADOLESCENTES DE 15 A 19 AÑOS SANTA ANA EN EL PERIODO DE JUNIO A DICIEMBRE 2008

Departamento	Inscripciones			Inscritas con menos de	Estado Nutricional		
	Total (1+2)	Por Médico (1)	Por Enfermería (2)	12 Semanas de Gestación	Normal (P ₁₀ -P ₉₀)	Desnutrida (menor de P ₁₀)	Sobre Peso (mayor de P ₉₀)
Santa Ana	908	900	8	411	893	7	8
Totales	908	900	8	411	893	7	8

ANEXO 4

INSCRIPCIONES PRENATALES EN ADOLESCENTES DE 10 A 14 AÑOS SANTA ANA EN EL PERIODO DE JUNIO A DICIEMBRE 2008

Establecimiento	Inscripciones			Inscritas con menos de	Estado Nutricional		
	Total (1+2)	Por Médico (1)	Por Enfermería (2)	12 Semanas de Gestación	Normal (P ₁₀ -P ₉₀)	Desnutrida (menor de P ₁₀)	Sobre Peso (mayor de P ₉₀)
UNIDAD DE S. CANDELARIA DE LA FRONTERA	3	3	0	2	3	0	0
UNIDAD DE S.SAN JUAN LAS MINAS (METAPAN)	0	0	0	0	0	0	0
UNIDAD DE SALUD METAPAN	2	2	0	0	2	0	0
UNIDAD DE SALUD, CASA DEL NIÑO	8	8	0	2	8	0	0
UNIDAD DE SALUD, CHALCHUAPA	2	2	0	2	2	0	0
UNIDAD DE SALUD, COATEPEQUE	6	6	0	0	6	0	0
UNIDAD DE SALUD, EL COCO	1	1	0	0	1	0	0
UNIDAD DE SALUD, EL CONGO	8	8	0	1	8	0	0
UNIDAD DE SALUD, EL PALMAR	6	6	0	2	5	1	0
UNIDAD DE SALUD, EL PORVENIR	1	1	0	0	0	1	0
UNIDAD DE SALUD, EL TINTERAL	1	1	0	0	1	0	0

UNIDAD DE SALUD, LA PARADA, ALDEA BOLAÑOS	1	1	0	0	1	0	0
UNIDAD DE SALUD, NATIVIDAD	4	4	0	3	3	1	0
UNIDAD DE SALUD, PLANES DE LA LAGUNA	1	0	1	0	1	0	0
UNIDAD DE SALUD, SAN ANTONIO PAJONAL	0	0	0	0	0	0	0
UNIDAD DE SALUD, SAN JACINTO(COATEPEQUE)	1	1	0	0	1	0	0
UNIDAD DE SALUD, SAN MIGUELITO	0	0	0	0	0	0	0
UNIDAD DE SALUD, SAN RAFAEL (SANTA ANA)	10	10	0	5	8	2	0
UNIDAD DE SALUD, SANTA BARBARA	3	3	0	1	3	0	0
UNIDAD DE SALUD, SANTA LUCIA (SANTA ANA)	0	0	0	0	0	0	0
UNIDAD DE SALUD, SANTIAGO DE LA FRONTERA	1	1	0	1	1	0	0
UNIDAD DE SALUD, TEXISTEPEQUE	3	3	0	1	3	0	0
UNIDAD DE SALUD,DR.TOMAS PINEDA MARTINEZ	6	6	0	3	6	0	0
UNIDAD DE SALUD,SAN SEBASTIAN SALITRILLO	2	2	0	1	2	0	0
Totales	70	69	1	24	65	5	0

ANEXO 5 *

INSCRIPCIONES PRENATALES ADOLESCENTES 15 A 19 AÑOS –JUNIO-DICIEMBRE 2008

Establecimiento	Inscripciones			Inscritas con 12 Semanas de Gestación	Estado Nutricional		
	Total (1+2)	Por Medico (1)	Por Enfermería (2)		Normal(P ₁₀ -P ₉₀)	Desnutrida (menor P ₁₀)	Sobre Peso (mayor P ₉₀)
UNIDAD D/SALUD.SAN JOSE	1	1	0	1	1	0	0
UNIDAD DE S. CANDELARIA DE	42	42	0	15	41	0	1
UNIDAD DE S.SAN JUAN LAS	2	2	0	1	2	0	0
UNIDAD DE SALUD METAPAN	48	48	0	25	48	0	0
UNIDAD DE SALUD, BELEN	18	18	0	9	18	0	0
UNIDAD DE SALUD, CASA DEL	59	59	0	38	59	0	0
UNIDAD DE SALUD, CHALCHUAPA	98	98	0	35	94	1	3
UNIDAD DE SALUD,	42	42	0	13	41	0	1
UNIDAD DE SALUD, EL COCO	18	18	0	11	13	3	2
UNIDAD DE SALUD, EL CONGO	54	54	0	27	54	0	0
UNIDAD DE SALUD, EL PALMAR	66	66	0	33	65	0	1
UNIDAD DE SALUD, EL PORVENIR	17	17	0	8	17	0	0

* Los Anexos 4 y 5 comprenden las edades en estudio (10-19 años) en grupos de 10-14 y 15-19

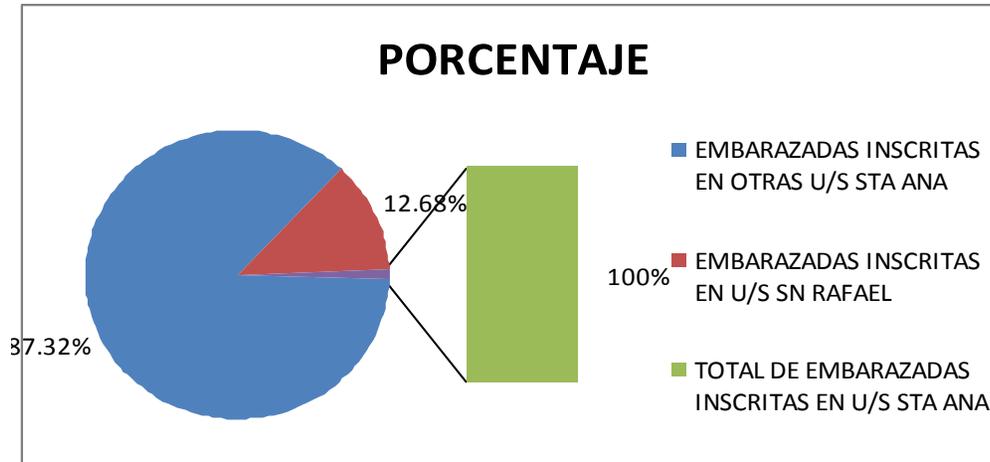
UNIDAD DE SALUD, EL TINTERAL	8	7	1	0	8	0	0
UNIDAD DE SALUD, GUARNECIA	11	11	0	0	11	0	0
UNIDAD DE SALUD.ALDEA BOLAÑOS	13	13	0	6	12	1	0
UNIDAD DE SALUD, MASAHUAT	9	9	0	6	9	0	0
UNIDAD DE SALUD, NATIVIDAD	22	22	0	8	22	0	0
UNIDAD DE SALUD, PLANES DE	15	11	4	4	15	0	0
UNIDAD DE SALUD, SABANETAS.	7	6	1	2	7	0	0
UNIDAD DE SALUD, SAN	10	10	0	6	10	0	0
UNIDAD DE SALUD. SAN	13	13	0	5	13	0	0
UNIDAD DE SALUD. SAN	4	3	1	4	4	0	0
UNIDAD DE SALUD. SAN MIGUEL	4	4	0	3	4	0	0
UNIDAD DE SALUD. SAN	11	11	0	4	10	1	0
UNIDAD DE SALUD. SAN RAFAEL	114	114	0	59	113	1	0
UNIDAD DE SALUD, SANTA BARBARA	47	46	1	21	47	0	0
UNIDAD DE SALUD. SANTA LUCIA	14	14	0	8	14	0	0
UNIDAD DE SALUD. SANTA ROSA	3	3	0	1	3	0	0
UNIDAD DE SALUD, SANTIAGO DE	4	4	0	2	4	0	0
UNIDAD DE SALUD.	30	30	0	15	30	0	0
UNIDAD DE SALUD.DR.TOMAS	80	80	0	29	80	0	0
UNIDAD DE SALUD, SAN SEBASTIAN SALITRILLO	24	24	0	12	24	0	0
Totales	908	900	8	411	893	7	8

ANEXO 6

RELACION PORCENTUAL EMBARAZADAS INSCRITAS EN UNIDAD DE SALUD SAN RAFAEL Y OTRAS UNIDADES DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DE SANTA ANA EN EL PERIODO DE JUNIO A DICIEMBRE DE 2008.

	EMBARAZADAS INSCRITAS EN OTRAS U/S STA ANA	EMBARAZADAS INSCRITAS EN U/S SN RAFAEL	TOTAL DE EMBARAZADAS INSCRITAS EN U/S STA ANA
PORCENTAJE	87,32	12,68	100%
TOTAL	854	124	978

Grafica N ° 13



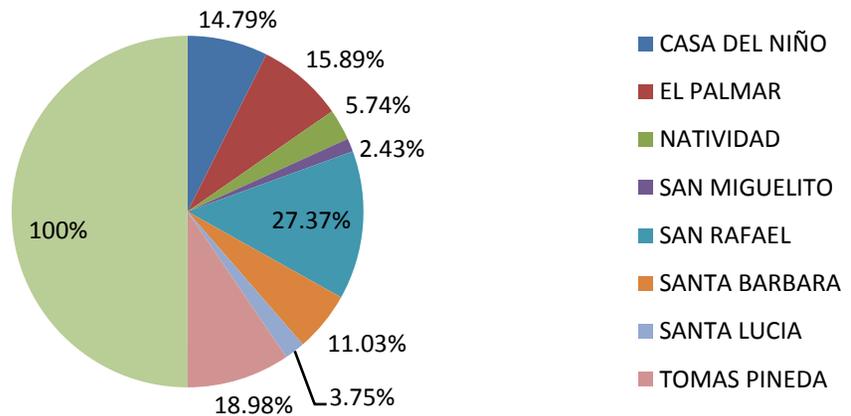
ANEXO N° 7

RELACION INSCRIPCIONES PRENATALES ENTRE UNIDAD DE SALUD SAN RAFAEL Y ALGUNAS DE LAS UNIDADES DE SALUD DE LA CIUDAD DE SANTA ANA PORCENTAJES Y DATOS REALES

UNIDAD DE SALUD	ADOLESCENTES INSCRITAS JUNIO-DICIEMBRE 2008	ADOLESCENTES INSCRITAS JUNIO-DICIEMBRE 2008
CASA DEL NIÑO	14.79%	67
EL PALMAR	15.89%	72
NATIVIDAD	5.74%	26
SAN MIGUELITO	2.43%	11
SAN RAFAEL	27.37%	124
SANTA BARBARA	11.03%	50
SANTA LUCIA	3.75%	17
TOMAS PINEDA	18.98%	86
TOTAL	100%	453

Grafica N° 14

ADOLESCENTES INSCRITAS JUNIO- DICIEMBRE 2008



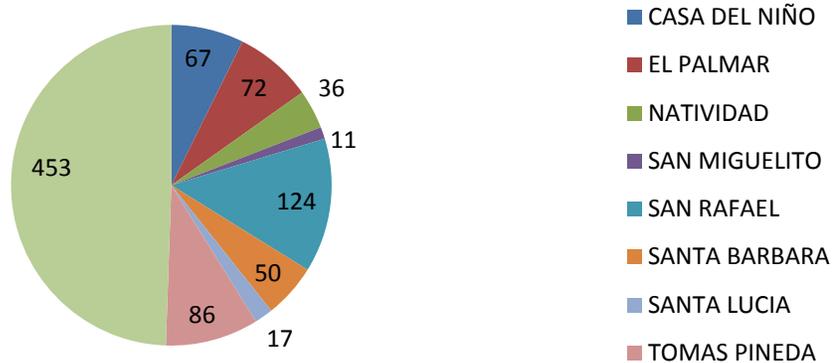
Obsérvese que el mayor número de adolescentes inscritas en el periodo de junio a Diciembre de 2008 corresponde a la Unidad de Salud San Rafael. (Datos tomados de la página del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Unidad de Información, Monitoreo y Evaluación).

ANEXO 8 RELACION INSCRIPCIONES PRENATALES ENTRE UNIDADES DE SALUD SAN RAFAEL Y ALGUNAS DE LAS UNIDADES DE SALUD DE LA CIUDAD DE SANTA ANA DATOS REALES

UNIDADES DE SALUD	ADOLESCENTES INSCRITAS JUNIO-DICIEMBRE 2008
CASA DEL NIÑO	67
EL PALMAR	72
NATIVIDAD	36
SAN MIGUELITO	11
SAN RAFAEL	124
SANTA BARBARA	50
SANTA LUCIA	17
TOMAS PINEDA	86
TOTAL	453

Gráfica N° 15

ADOLESCENTES INSCRITAS JUNIO- DICIEMBRE 2008



CAPITULO 14

BIBLIOGRAFIA

1. F. Cunningham G. Norman F. Gant. Kenneth J. Leveno. Larry C. Gils-Trap III John C. Hauth. Katharine D. Wenstrom (2002) **William Obstetricia**. 20 Edición. Editorial Médica Panamericana
2. Sampieri Hernández R. Fernández Collado C. Pilar Baptista L. (2003) **metodología de la investigación** tercera edición Editorial Mc Graw –Hill paginas 413-414.
3. Molina C. Cols Ramiro **Salud Reproductiva Embarazo en la Adolescencia**, Capítulo XXII, 21-36.
4. Libro de Registro de Partos atendidos en Sala de Partos, Hospital Nacional San Juan de Dios de Santa Ana.

5. Indicadores y variables del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) en El Salvador, de Enero a Diciembre de 2008.
6. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Normas de Atención Integral en Salud de Adolescentes, El Salvador C.A. 2002.
7. Norma de Atención Integral Adolescentes 2007.
8. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Manual de Salud Reproductiva, El Salvador C.A.
9. Trabajo de graduación Embarazos en Adolescentes, sus complicaciones y características sociales, Unidad de Alto Riesgo Hospital Nacional de Maternidad Diciembre 2002- Febrero 2003 . Universidad de El Salvador.
10. Romero Marroquín Gladis Rubenia, Rodezno Reyes Karla Guadalupe, Rodríguez Rivas Claudia Elizabeth .Complicaciones Antenatales mas frecuentes en adolescentes embarazadas. Unidad de Salud Cuisnahuat, Planes de la laguna y San Ildefonso Enero-Julio de 2003 para obtener el Título de Doctor en Medicina para la Universidad de El Salvador.
11. Meléndez Montano Mario, Mena Ugarte Sandra Carolina, Cea Palma Rodrigo Javier. Factores de Riesgo Obstétrico en Adolescentes Embarazadas en el municipio de San Luís Talpa, Mayo a Julio de 2005. Trabajo de graduación para obtener el Título de Doctor en Medicina para la Universidad de El Salvador.

Carnet de CLAP (Centro Latinoamericano de perinatología) y Hoja de Posparto de cada expediente clínico.

12. Encuesta Nacional de Salud Familiar 2008. Salud Sexual y Reproductiva de las mujeres 15-24 años.
13. Encuesta Nacional de Salud Familiar 2008. Uso de los servicios de Salud Materna.
14. Encuesta Nacional de Salud Familiar, 2008, pagina 13. Salud Sexual y Reproductiva de las Mujeres de 15-24 años.
15. Encuesta Nacional de Salud Familiar 2008 pagina 24, uso de los servicios de salud materna.
16. <http://www.elbebe.com/index.php/es/parto/complicaciones/parto-prolongado-o-estacionado>.
17. <http://www.fcm.unc.edu.ar/cátedras/materneo/sufrimiento%20fetal.htm>.
18. <http://www.childrenscentralcal.org/Español/HealthS/P05454/Pages/home.aspx>